

RAPPORT VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD

Depressie, depressiviteit en zelfmoord

Validatiedatum: 6/12/2006
HGR dossiernummer: 8108

ABSTRACT EN KEYWORDS

Depressie, depressiviteit en zelfmoord vormen een zorgwekkende problematiek binnen de gezondheidszorg. Het huidige rapport heeft tot doel die fenomenen beter te begrijpen en er een beter inzicht in te verwerven. Vanuit dat uitgangspunt stelt het verschillende prioritaire actieterreinen voor waarop het nuttig zou zijn nieuwe modellen te ontwikkelen of op zijn minst de bestaande beschikkingen te optimaliseren. Die verschillende acties zullen het misschien mogelijk maken de aanzienlijke achterstand inzake depressie en zelfmoord in ons land te verkleinen.

De aanbevelingen die werden gedaan, vloeien voort uit de beschikbare epidemiologische gegevens, de belangrijkste vaststellingen in verband met de problematiek en een inventaris van de acties die in België reeds ten uitvoer werden gebracht. Ze werden dus uitgewerkt in een geest van realisme en pragmatisme. De samenstelling van de werkgroep heeft er zelf ook toe bijgedragen, aangezien er zowel experts uit academische kringen als experts "van het terrein" in vertegenwoordigd zijn.

De werkgroep vergaderde op 17/03/2005, 26/04/2005, 31/05/2005, 28/06/2005, 20/09/2005, 6/12/2005 en 23/02/2006.

Keywords: Depressie, depressiviteit, zelfmoord, zelfdoding, zelfmoordpoging, zelfmoordgedachten, suicidaliteit.

INHOUDSTAFEL

1. INLEIDING – SITUERING VAN HET PROJECT	3
2. DEFINITIE VAN DE TERMEN.....	4
2.1. Depressie	4
2.2. Depressiviteit.....	7
2.3. Zelfmoord.....	7
3. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS.....	10
3.1. Depressie	10
3.2. Depressiviteit.....	13
3.3. Zelfmoord en zelfmoordpogingen	15
4. ALGEMENE VASTSTELLINGEN	25
4.1. Risico- en beschermende factoren	25
4.2. Mentale stoornissen en zelfmoord	30
4.3. Zelfmoordpoging en belang van de opvolging	33
4.4. Toegang tot middelen	34
4.5. Centrale rol van de professionele eerstelijnszorg	35
4.6. Aanpak door de spoeddiensten	37
4.7. De nabestaanden.....	38
4.8. De media.....	40
5. REEDS ONDERNOMEN ACTIES IN BELGIE	41
5.1. Bevordering van de geestelijke gezondheid	41
5.2. Interventieprogramma inzake depressie: een project van de <i>European Alliance Against Depression</i>	44
5.3. Centra voor hulpverlening via telefoon of internet.....	49
5.4. Opleiding, ondersteuning van professionele zorgverleners en bevordering van deskundigheid en samenwerking.....	52
5.5. Aanpak van zelfmoordenaars en opvolging na ziekenhuisopname- ontwikkeling van een netwerk.....	62
5.6. De nabestaanden na een zelfmoord	66
5.7. Media	69
6. AANBEVELINGEN EN VOORSTELLEN TOT ACTIE INZAKE VOLKSGEZONDHEID	70
7. BIBLIOGRAFIE	77
8. BIJLAGEN.....	83
9. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP.....	85

1. INLEIDING – SITUERING VAN HET PROJECT

In onze huidige samenleving nemen psychosociale factoren een steeds belangrijkere rol in binnen de volksgezondheid. Depressie, depressiviteit en zelfmoord zijn een uiting van onbehagen en bereiken in bepaalde regio's zoals de onze, West-Europa, relatief hoge cijfers, vooral in de jongste en de oudste leeftijdscategorieën.

Hoewel de zelfmoordgraad in Europa de afgelopen 10 jaar globaal gezien een dalende of stagnerende trend vertoont, weten we anderzijds dat hij de neiging heeft trapsgewijs te stijgen over langere periodes. Zo kende hij globaal beschouwd een aanzienlijke stijging in de jaren tachtig, om nadien te dalen en zich momenteel te stabiliseren op een niveau dat toch wel hoger ligt dan dat van het einde van de jaren zeventig.

Volgens de schattingen van de WGO maken iedere dag wereldwijd meer dan twee duizend mensen een einde aan hun leven, dat betekent één om de veertig seconden. Volgens betrouwbare schattingen ligt het aantal zelfmoordpogingen tien tot twintigmaal hoger. Zelfmoord behoort sinds lang tot de vijf à tien meest voorkomende doodsoorzaken in de meeste Europese en Noord-Amerikaanse landen, ongeacht de bevolkingsgroep. In de landen met een hoge levensstandaard bevindt zelfmoord zich doorgaans in de top drie van de statistische ranglijst van doodsoorzaken bij vijftien- tot vierendertig-jarigen. De statistieken tonen aan dat minstens tweemaal meer mannen dan vrouwen een einde maken aan hun leven. In 1980 was de verhouding ongeveer 28 mannen voor 11 vrouwen; in 1999, 26 voor 9.

In België telde men in 1997 een verhouding van 21,08 per honderdduizend, dat betekent gemiddeld bijna zes zelfmoorden per dag. In Frankrijk sterven iedere dag dertig personen uit vrije wil. In Duitsland bedroeg de verhouding in 1999 20,2 mannen en 7,3 vrouwen per honderdduizend inwoners. In Hongarije, dat traditioneel erg te lijden heeft onder deze kwaal, telt men tweeëndertig overlijdens per honderdduizend inwoners. In al die landen ligt het aantal overlijdens door zelfmoord aanzienlijk hoger dan dat van de verkeersslachtoffers. Bovendien gaat men er algemeen van uit dat het bij een aantal verkeersongevallen in werkelijkheid om zelfmoord gaat. In vergelijking met zijn buurlanden is België een van de Europese landen met de hoogste zelfmoordgraad.

In tegenstelling tot wat vaak wordt aangenomen, ligt het aantal zelfmoorden niet het hoogst bij de jongeren, maar bij personen van middelbare leeftijd (vooral bij mannen tussen 40 en 59 jaar) en bij de ouderen. Toch blijven de mensen het meest getroffen door de stijging van het aantal zelfmoorden bij jongeren, aangezien het plotse afbreken van een leven dat nog maar pas begonnen was het allemaal nog tragischer maakt.

Deze feiten werpen licht op een probleem waarvoor geen eenduidige verklaring bestaat (zoals de gebruikelijke verwijzing naar zinsverbijstering). Men zou namelijk een hele reeks tegenstrijdige empirische resultaten moeten verklaren: de zelfmoordgraad varieert enorm van land tot land; in bepaalde landen is hij onderhevig aan schommelingen op lange termijn, maar in vergelijking met andere landen blijft hij er verbazend stabiel; in tijden van oorlog daalt de zelfmoordgraad, etc.

Uitgaande van deze eerste algemene bevinding, is de doelstelling van dit rapport om de situatie in België in kaart te brengen. Wat is de omvang van de problematiek in België? Welke cijfers zijn er beschikbaar over dit onderwerp? Zijn bepaalde bevolkingsgroepen kwetsbaarder en zijn er factoren die zelfmoord in de hand werken? Welke preventieprogramma's en hulpverleningsprogramma's bestaan er? En welke programma's zouden nog ontwikkeld moeten worden?

Dit rapport probeert een beeld te geven van het bestaande onderzoek aangaande deze vragen, een inventaris op te maken van hoe ver men staat op het gebied van preventie en hulpverlening en, op basis van die informatie, een overzichtstabel te maken met aanbevelingen waarover de experts van de werkgroep hebben vergaderd.

2. DEFINITIE VAN DE TERMEN

2.1. Depressie¹

Depressie is één van de meest frequente psychiatrische aandoeningen. Deze pathologie blijft echter nog voor een deel miskend omdat ze in de praktijk moeilijk te definiëren valt en nog slecht behandeld wordt.

Hoewel er tegenwoordig classificaties bestaan die het mogelijk maken de verschillende types depressie op klinisch vlak te onderscheiden, blijft het in de zorgpraktijk en in het bijzonder in de eerstelijnszorg moeilijk om ze te herkennen doordat deze pathologie zich op verschillende manieren kan manifesteren (verborgen depressie, depressie die tot uiting komt door diffuse en aanhoudende lichamelijke tekens...). Bovendien gebruiken mensen de term “depressie” voor vaak erg uiteenlopende stoornissen.

De meerderheid van de gezondheidswerkers gebruikt het medisch model voor het definiëren van depressie. In dit model is de diagnose gebaseerd op bepaalde symptomen onafhankelijk van de oorzaken die eraan ten gronde liggen.

De algemeen gebruikte criteria, die nu als norm gelden inzake psychiatrische diagnose, zijn gedefinieerd door de *American Psychiatric Association* in de DSM-IV (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Health*, 4^{de} editie, 1994).

Het andere systeem van classificatie dat vaak gebruikt wordt, is de Internationale Classificatie van Ziekten m.b.t. de mentale problemen en het gedrag, 10^{de} revisie, ontwikkeld door de WGO en gepubliceerd in 1992.

2.1.1. Criteria van de DSM-IV

Volgens de DSM-IV maakt depressie deel uit van de gemoedsstoornissen (of stemmingsstoornissen). Deze classificatie beschrijft enerzijds de gemoedsepisodes en anderzijds de stemmingsstoornissen. De episodes worden niet gediagnosticeerd op zich, maar het zijn elementen die worden gebruikt om de diagnose van de stoornissen op te stellen. Men onderscheidt in de DSM-IV verschillende depressieve stoornissen:

- de depressieve stoornis (eenmalige en recidiverende episode);
- de dysthyme stoornis;
- de depressieve stoornis, niet gespecificeerd.

De depressieve stoornis bestaat uit één of meerdere depressieve episodes. Het verschil tussen een eenmalige depressieve stoornis en een recidiverende depressieve stoornis is gebaseerd op het aantal depressieve episodes geobserveerd bij eenzelfde persoon. De recidiverende depressieve stoornis kan een seizoensgebonden karakter hebben. Dit concept van depressie laat toe om de depressieve stoornissen, die meer ernstige symptomatische kenmerken hebben dan andere, te differentiëren.

De dysthyme stoornis karakteriseert zich voornamelijk door een chronische depressieve stemming die meer dan een op twee dagen gedurende minstens twee jaar voorkomt. De symptomen zijn minder ernstig dan die van depressieve stoornissen. Het verschil tussen dysthyme stoornis en depressieve stoornis is gebaseerd op de ernst en het aanhouden ervan. Het is immers moeilijk om deze twee stoornissen te differentiëren, daar de geobserveerde symptomen gelijkaardig zijn en de verschillen die ze vertonen in hun ontkoppeling, hun duur en

¹ Fragmenten uit: Bayingana K, Tafforeau J. Depressie. Stand van zaken in België. Elementen voor een gezondheidsbeleid. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Brussel: Reports Nr. 2002-011; 2002.

hun ernst achteraf niet gemakkelijk te evalueren zijn. In het algemeen bestaat de dysthyme stoornis al zo lang op het moment van de diagnose, dat de patiënten er zelf over praten als deel uitmakend van hun normaal functioneren, vandaar de verwarring tussen karaktertrekken en depressieve toestand.

Het begrip depressieve stoornissen, niet gespecificeerd werd geïntroduceerd teneinde stoornissen te kunnen coderen die depressieve kenmerken hebben, maar die niet aan de criteria van een depressieve stoornis, een dysthyme stoornis of een aanpassingsstoornis (bv. premenstruele dysfore stoornis, beperkte depressieve stoornis...) voldoen. De term “beperkte depressieve stoornis”, die vaak diagnostisch is in studies die betrekking hebben op depressie, wordt gebruikt om de symptomen te beschrijven die zich onder de aangenomen grenswaarde voor depressie situeren. De definitie van beperkte depressie is niet opgenomen in een aparte categorie in de DSM-IV. De criteria van lichte depressie zijn beschreven in de minder ernstige depressieve episodes van de Internationale Classificatie van Ziekten, 10^{de} revisie.

2.1.2. Criteria van de ICD-10

In de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD-10) zijn de stemmingsstoornissen gehergroepeerd in de manische episode, de bipolaire stoornis, de depressieve episode, de recidiverende depressieve stoornis, de persisterende stemmingsstoornissen en de stemmingsstoornissen niet gespecificeerd.

De depressieve episodes zijn opgenomen in de volgende rubrieken:

F32: Depressieve episodes

- F32.0 Lichte depressieve episode
- F32.1 Matige depressieve episode
- F32.2 Ernstige depressieve episode zonder psychotische symptomen
- F32.3 Ernstige depressieve episode met psychotische symptomen
- F32.8 Overige gespecificeerde depressieve episodes
- F32.9 Depressieve episode, niet gespecificeerd

F33: Recidiverende depressieve stoornis

- F33.0 Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode licht
- F33.1 Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode matig ernstig
- F33.2 Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychotische stoornissen
- F33.3 Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig met psychotische stoornissen
- F33.4 Recidiverende depressieve stoornis, momenteel in remissie
- F33.8 Overige gespecificeerde recidiverende depressieve stoornissen
- F33.9 Recidiverende depressieve stoornis, niet gespecificeerd

F34: Persisterende stemmingsstoornissen

- F34.0 Cyclothymie
- F34.1 Dysthymie
- F34.8 Overige gespecificeerde persisterende stemmingsstoornissen
- F34.9 Persisterende stemmingsstoornis, niet gespecificeerd

F38: Andere stemmingsstoornissen

F39: Niet-gespecificeerde stemmingsstoornissen

2.1.3. Overeenkomst tussen DSM-IV en ICD-10

De deskundigen die de ICD-10 en de DSM-IV hebben opgesteld, hebben samengewerkt met het oog op het vergroten van de overeenkomst tussen beide systemen. De gebruikte codes en termen in de DSM-IV zijn vergelijkbaar met die van de ICD-10.

Teneinde de specificiteit van de diagnose te verhogen, te helpen bij de keuze van de behandeling of de prognostische verwachtingen te verbeteren, wordt een bepaald aantal specificaties voorgesteld in de DSM-IV. Voor de depressieve stoornissen worden volgende specificaties gebruikt:

De depressieve episode kan van de volgende types zijn:

- licht;
- matig;
- ernstig zonder psychotische kenmerken;
- ernstig met psychotische kenmerken;
- begin van herstel;
- volledig hersteld;
- chronisch;
- met seizoensgebonden kenmerken: de seizoensgebonden depressie zou in verband staan met de hoeveelheid licht die een persoon opneemt. de ondervonden symptomen zijn een gebrek aan energie, vermoeidheid, toename van de eetlust als de dagen korter worden en er minder zonlicht is;
- met catatonie kenmerken: psychomotorische stoornissen, ontsteltenis, onrust...
- met melancholische kenmerken: vroeger "endogene oorsprong" genoemd, noodzakelijk beroep te doen op een behandeling met geneesmiddelen;
- met atypische kenmerken;
- binnen een postpartum: komt in het algemeen voor bij vrouwen verschillende weken, zelfs verschillende maanden na de bevalling.

Wat depressie betreft, bestaan de diagnostische criteria van de ICD-10 uit tien symptomen. De grenswaarden van de episode worden bepaald door de aanwezigheid van een bepaald aantal symptomen. Het verschil met de DSM-IV is dat de ICD-10 een reeks van onafhankelijke criteria voorstelt voor elke ernstgraad (licht, matig, ernstig) van een depressieve episode.

Een ander verschil tussen de DSM-IV en de ICD-10 zijn de symptomen die waargenomen moeten worden om te kunnen praten over depressie: met de DSM-IV is het nodig om een "depressieve stemming" en een "verlies van interesse en plezier" waar te nemen. Met de ICD-10 wordt er naast de twee vorige symptomen rekening gehouden met een bijkomend symptoom: "weinig energie en moeheid".

Algemeen gezien stelt men vast dat de depressieve persoon tijdens consultatie gemakkelijker spreekt over een gevoel van moeheid dan over andere symptomen van psychische aard. Het risico van niet-herkenning van depressie zou dus kunnen voorkomen als de moeheid geen deel uitmaakt van de onderzochte symptomen tijdens de diagnose. Dit zou in het voordeel spelen van de ICD-10. Desalniettemin is het nodig te benadrukken dat zelfs indien de toename van de moeheid meer frequent op de voorgrond wordt geplaatst door de depressieve patiënt, het tevens één van de minder specifieke symptomen van depressie betreft.

2.2. Depressiviteit

Terwijl er, zoals we net hebben gezien, een grote consensus bestaat over de definitie van depressie en er instrumenten voor diagnostische evaluatie bestaan die internationaal gevalideerd zijn, ligt dat voor de term “depressiviteit” helemaal anders.

We merken dienaangaande meteen op dat die term steeds vaker wordt gebruikt in het Franstalig vocabularium; in het Nederlands komt hij veel minder vaak voor.

De term “depressiviteit”, volgens sommigen synoniem voor depressie, volgens anderen een specifieke en afzonderlijke toestand, is de afgelopen jaren in tal van artikels opgedoken, zowel op nationaal als op internationaal niveau om beter een tussentoestand te kunnen afbakenen die strikt genomen niet binnen het domein van de depressie valt, maar die toch gekenmerkt wordt door een zeker psychisch lijden, een moeite met het leven.

Voor sommige auteurs wordt depressiviteit vooral gekenmerkt door de puberteit (Rufo, 2000; Choquet, 1994) en slaat ze op de specifieke toestand van kwetsbaarheid en psychische veranderingen die optreden tijdens die periode van de zelfontwikkeling en die het individu in wording kwetsbaar maakt.

Volgens andere auteurs is depressiviteit een ontvankelijkheid om depressief affect te voelen, een soort geneigdheid tot depressie of ook een simpele overgangsfase die ofwel een terugkeer naar een “normale” toestand voorafgaat, ofwel de voorbode is van een echte depressie (Ferreri, 2002).

Algemeen beschouwd zouden we kunnen zeggen dat depressiviteit slaat op een psychische toestand van zelfverachting die een wezenlijk deel uitmaakt van het psychisch lijden. Dat lijden is echter vaak slecht gedefinieerd. Het wordt vaak vermeld zonder dat wordt uitgelegd wat het precies inhoudt. Deze toestand wordt gekenmerkt door depressieve symptomen terwijl er geen duidelijke diagnose van depressie kan worden gesteld.

Hoewel depressiviteit en depressie dus nauw samenhangen, kunnen we dit begrip niet zomaar herleiden tot een simpele predepressieve toestand noch tot een gewoon existentieel onbehagen van voorbijgaande aard.

Over dit begrip bestaat dus geen consensus, noch wat betreft de definitie, noch wat betreft de evaluatie; het lijkt ons niettemin een relevant begrip aangezien het ons mogelijk maakt een hele reeks personen te identificeren die, hoewel ze niet als depressief gediagnosticeerd kunnen worden, toch een psychisch leed ervaren waaraan we aandacht moeten besteden.

2.3. Zelfmoord

In zijn laatste rapport over de gezondheid in de wereld (2001), beschrijft de WGO zelfmoord als volgt: “*Suicide is the result of an act deliberately initiated and performed by a person in the full knowledge or expectation of its fatal outcome*”. (“Zelfmoord is het resultaat van een weloverwogen handeling gesteld door een persoon die zich volkomen bewust is van, of hoopt op, de fatale afloop”).

In het WGO-rapport over geweld gericht tegen zichzelf (2002), treffen we het begrip “**suïcidale gedragingen**” aan: “*Suicidal behaviour ranges in degree from merely thinking about ending one’s*

life, through developing a plan to commit suicide and obtaining the means to do so, attempting to kill oneself, to finally carrying out the act ('completed suicide'). ("Suïcidale gedragingen gaan van de eenvoudige gedachte een eind te maken aan zijn leven tot de voorbereiding van een plan om zelfmoord te plegen en daartoe de nodige middelen te verkrijgen, tot de zelfmoordpoging zelf, en tot slot het overgaan tot de daad ('geslaagde zelfmoord)').

Algemeen beschouwd is de omschrijving van zelfmoord complex aangezien er niet noodzakelijk een verband is tussen de opzet en het resultaat.

We maken een onderscheid tussen:

1. fataal suïcidaal gedrag: met de dood tot gevolg (geslaagde zelfmoord)
2. niet-fataal suïcidaal gedrag dat niet tot de dood leidt, en dat ook "**zelfmoordpoging**", "parasuïcide" of "moedwillige autodestructieve handeling" wordt genoemd.

Naast deze twee begrippen is er ook de term "**suïcidale ideatie**", die slaat op de minder of meer intense en/of uitgewerkte gedachte een einde te maken aan zijn leven. Hij verwijst naar een gevoel van levensmoeheid. Die ideatie kan erg verschillen in intensiteit, en is geen noodzakelijk criterium bij een zelfmoordpoging.

Historisch gezien is zelfmoord geëvolueerd van een psychiatrische opvatting naar een psychodynamische opvatting. Jarenlang was zelfmoord nauw verbonden of zelfs rechtstreeks toegeschreven aan de geestesziekte waar hij slechts een onderdeel van was, maar geleidelijk aan is men om zelfmoord te definiëren het begrip **suïcidale crisis** gaan gebruiken. De suïcidale crisis vormt een essentieel thema in elke beschouwing over zelfmoord, en is tot op heden het onderwerp van talrijke studies. De kennis en de erkenning ervan door iedereen die met deze materie te maken krijgt, is een absolute vereiste om te beletten dat er wordt overgegaan tot de zelfmoorddaad. De suïcidale crisis is altijd onderliggend aan een suïcidale houding en kan er het eindpunt van zijn. Zowel als het om zelfmoord gaat als in de algemene psychologie houdt de term "houding" een zekere ontwikkeling van een gedrag in, dat op zijn beurt instinctiever zou zijn.

De term suïcidale crisis ging men in de psychiatrie gebruiken naar analogie van de medische betekenis en verwijst naar een "periode van crisis". Traditioneel gaat het om een plotse verandering in de evolutie van een ziekte die een verslechtering of een verbetering aangeeft, maar ook om het naar boven komen van pathologische verschijnselen bij een persoon die als gezond wordt beschouwd. De term verwijst naar een moment van ontwijking waarbij de patiënt een toestand vertoont van gebrek aan weerbaarheid, van kwetsbaarheid, die hem doet afbreken of lijden, niet noodzakelijk op een ostentatieve of luidruchtige manier; sommigen beleven het zelfs als een vruchtbaar moment in hun leven.

Verskillende disciplines hebben aldus getracht de zelfmoordfenomenen te bevatten, te begrijpen en te verklaren of, om precies te zijn, de "geslaagde" zelfmoord te verklaren, die gedurende lange tijd het enige onderwerp van studie was. We zullen het niet hebben over de andere definities van zelfmoord van die verschillende disciplines. Een ervan geven we wel mee, die van Baechler (Baechler, 1975): "**zelfmoord verwijst naar elk gedrag dat de oplossing voor een existentieel probleem zoekt en vindt in het plegen van een aanslag op zijn eigen leven**".

In deze definitie van zelfmoord heeft de auteur het, in tegenstelling tot vele anderen, over gedrag en niet daad. Dat is een belangrijke precisering. Het is immers zeldzaam dat de zelfmoord beperkt blijft tot het precieze moment waarop hij zich voltrekt. De term "gedrag" houdt rekening met de hele evolutie die een persoon tot zelfmoord drijft. Een evolutie die trouwens ver kan teruggaan in de geschiedenis van de persoon.

Deze definitie heeft het ook over de oplossing van een probleem. Onder probleem moet worden verstaan elke situatie die het individu verplicht een keuze te maken en een uitweg te vinden. Dat probleem kan zowel intern als extern zijn:

- een intern probleem als het zich voordoet bij problemen die eigen, intern zijn aan de persoon;
- een extern probleem als het probleem het gevolg is van een situatie extern aan het individu en die hem verplicht een uitweg te vinden.

Dat probleem kan trouwens reëel of ingebeeld zijn. Voor de persoon die aan zelfmoord denkt, is het probleem echter steeds reëel in de zin dat hij het intens beleeft. Tot slot verwijst deze definitie naar een “existentieel” probleem. Existentieel aangezien het probleem betrekking heeft op het volledige bestaan van een persoon en op hoe dat bestaan wordt geleefd, en hoe hij zijn verhouding beleeft met zijn sociale, affectieve en professionele omgeving.

Het probleem waarvan sprake, zal dus niet noodzakelijk samenhangen met een bepaalde situatie maar veeleer met de weerslag ervan op keuzes en conflict in het leven van die persoon (bijvoorbeeld: conflict tussen zijn verlangens en een realiteit die de uitvoering ervan niet mogelijk maakt, of conflict wanneer de realiteit keuzes opdringt waartoe de persoon zich niet in staat voelt). De definitie die ons werd voorgesteld, beschouwt suïcidaal gedrag als een oplossing voor een existentieel probleem. We moeten opmerken dat de oplossing die zelfmoord is, steeds geschikt is voor de persoon die met dat probleem te maken heeft. Voor die persoon bestaat er geen alternatieve oplossing voor het probleem waarin hij gevangen zit en het suïcidale gedrag wordt aanvoeld als een van de meest geschikte om de moeilijkheid het hoofd te bieden.

Een laatste aspect van de definitie dat ons belangrijk lijkt om te bespreken, is dat de oplossing voor dat existentieel probleem inhoudt “een aanslag te plegen op zijn eigen leven”. De uitdrukking “een aanslag plegen op zijn leven” maakt het mogelijk de betekenis van het woord zelfmoord ruim op te vatten. De zelfmoord kan immers voltooid of symbolisch zijn met een aantal gradaties daartussenin. We spreken van voltooide zelfmoord als hij tot de dood heeft geleid. De zelfmoord is symbolisch of verbaal als de persoon ervan droomt of ermee dreigt zelfmoord te plegen. Tussen de voltooide en de symbolische zelfmoord kunnen we de zelfmoordpoging onderbrengen.

Ondanks de mogelijke tekortkomingen van de definitie van Baechler die het over zelfmoord heeft als **elk gedrag dat de oplossing voor een existentieel probleem zoekt en vindt in het plegen van een aanslag op zijn eigen leven**, was het interessant ze te hernemen, en wel om verschillende redenen:

- eerst en vooral maakt ze het ons mogelijk de basis te leggen voor het begrijpen van de zelfmoordfenomenen,
- daarnaast stelt ze zelfmoord en de wijze waarop we zelfmoordfenomenen moeten aanpakken voor op een manier die zeer nauw aansluit bij de meest recente opvattingen,
- tot slot maakt ze het ons mogelijk zelfmoord niet enkel op te vatten als het moment waarop men tot de daad overgaat, maar als een proces met een begin, een evolutie en een einde.

De suïcidale persoon is niet louter meer degene die zelfmoord pleegt, maar een persoon die een moeilijk moment doormaakt en die een oplossing zoekt. Hij is dus niet geïsoleerd, maar maakt dat proces door binnen een maatschappij, in een maatschappelijke en/of familiale omgeving.

3. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

3.1. Depressie

Er bestaan in België weinig studies op nationaal niveau en over de gehele bevolking. Toch bestaan er een aantal cijfers die het mogelijk maken de omvang van het fenomeen depressie te schatten.

3.1.1. De Gezondheidsenquête door Interview – België 2004

Een gezondheidsenquête door interview werd uitgevoerd in de verschillende Belgische Gewesten en Gemeenschappen in 1997, 2001 en 2004. Het doel van die enquêtes was informatie te verzamelen rond vijf grote thema's:

- de gezondheidstoestand van de bevolking
- de levensstijl en het gedrag
- de preventieve maatregelen
- de medische consumptie
- gezondheid en samenleving.

De gegevens werden verzameld aan de hand van interviews en gestandaardiseerde vragenlijsten bij 12.945 personen die willekeurig werden gekozen in het Rijksregister.

Het onderdeel van de enquête in verband met geestelijke gezondheid betreft enkel niet-geïstitutionaliseerde personen van 15 jaar en ouder. De enquête "heeft tot doel de mentale problemen in kaart te brengen waarvoor een opname in een gespecialiseerd centrum (nog) niet noodzakelijk was. De vragen hebben betrekking op mogelijke problemen die in een algemene populatie eerder courant kunnen voorkomen, de zogenaamde 'emotionele' problemen. De gezondheidsenquête legde zich toe op het onderzoeken van de volgende dimensies van de geestelijke gezondheid: het algemeen psychologisch welzijn, de positieve geestelijke gezondheid, somatische klachten, angsten, depressie, slaapproblemen, zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen. Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen werd eveneens onderzocht." (Boek II, hoofdstuk 3 van de gezondheidsenquête door Interview – België 2004, pp. 191-363)

Resultaten inzake depressie:

"De indicator voor depressieve problemen komt voort uit de antwoorden van de subschaal van de SCL-90-R (*Symptom Check List 90-R*). Volgens de auteur van de vragenlijst komen de depressieve problemen zoals hier beoordeeld overeen met een algemeen concept van 'depressief syndroom' waarvan de belangrijkste kenmerken wijzigingen op vlak van humeur of van het affect zijn (in de zin van depressie), een vermindering van de energie en een algemene daling van het activiteitsniveau, net zoals een vermindering van het vermogen om plezier te ervaren of belangstelling voor dingen, een vermindering van de concentratie en een ongewone vermoeidheid.

Op basis van dat criterium voor de omschrijving van gevallen van depressie, blijkt dat 8 % van de bevolking van 15 jaar en ouder lijdt aan depressieve gevoelens.

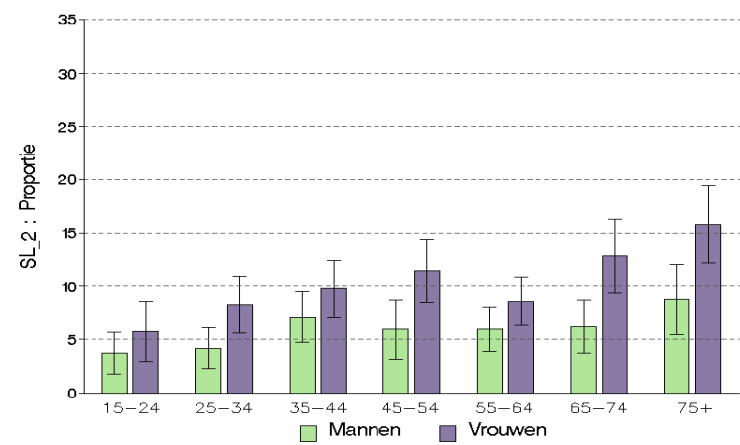
Analyse volgens leeftijd en geslacht

Vrouwen hebben vaker te kampen met depressieve gevoelens dan mannen (10 % tegen 6 %) en dit verschil is significant na correctie voor leeftijd. Depressieve gevoelens zijn vaker aanwezig wanneer men ouder wordt: ze worden vastgesteld bij slechts 5 % van de jongeren (15-24 jaar), dit percentage bedraagt 13 % bij de ouderen (75 jaar en meer). Die vooruitgang is lineair en significant na correctie voor het geslacht.

De verdeling voor de leeftijd is enigszins verschillend bij de mannen ten opzichte van bij de vrouwen. Bij die laatste is de toename bij de verschillende leeftijdscategorieën quasi lineair, met percentage van 6 % tot 16 %, met echter een terugloop bij de 55-64 jarigen (8 %).

Bij de mannen bedraagt de prevalentie van deze aandoening 4 % bij de 14-34 jarigen, dit stabiliseert zich op 6 % tot 7 % tot 75 jaar. Eens die leeftijdsgrens voorbij komt 8 % van de mannen met depressieve gevoelens.

Figuur 1: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met depressieve aandoeningen, volgens de SCL-90R-score, volgens leeftijd en geslacht. Gezondheidsenquête, 2004, België.



Analyse volgens opleidingsniveau

Depressieve gevoelens zijn meer aanwezig bij de minder geschoolde bevolking (13 % bij de mensen met een diploma van lager onderwijs tegen 5 % bij de mensen met een diploma van hoger onderwijs). Dit verband is significant na correctie voor leeftijd en geslacht.” (Opmerking: blijkbaar is het omgekeerde waar voor de bipolaire stoornissen; die komen vaker voor bij patiënten met een hoger opleidingsniveau (International Review of Bipolar Disorders, 2006)).

Analyse volgens verstedelijkingsgraad

“De prevalentie van depressieve problemen varieert niet op significante wijze in functie van de verstedelijkingsgraad van de leefomgeving (7 % tot 8 %).

Evolutie in de tijd

We zien een lichte daling van depressieve gevoelens in de loop der tijd, maar dit blijkt statistisch gezien niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Analyse per gewest

Depressieve problemen zijn proportioneel gezien minder frequent in het Vlaams Gewest (7 %) dan in de twee andere gewesten (10 %), en dit verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht.”

3.1.2. De European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)

De European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) is een studie over mentale stoornissen bij de bevolking van 6 Europese landen (België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland en Spanje). De diagnostiek werd opgesteld aan de hand van CIDI-2000 (*Composite International Diagnostic Interview*).

Het onderzoek naar de geestelijke gezondheid van deze enquête gaat verder dan de meer algemene gezondheidsenquêtes in België, en bevat eveneens een meetinstrument voor geestelijke gezondheidsstoornissen. Voor het Belgische deel van de studie (Bruffaerts et al., 2003), werd een representatieve steekproef van 2.419 niet-geïnstitutionaliseerde volwassenen (van ouder dan 18 jaar) geselecteerd op basis van het Rijksregister en ondervraagd tussen april 2001 en juni 2002. De auteurs maken een onderscheid tussen:

- mentale stoornissen (de drie categorieën stoornissen samen);
- stemmingsstoornissen: depressieve problemen, dysthymie;
- angststoornissen: gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, specifieke fobie, posttraumatische stressstoornis, agorafobie, paniekstoornis;
- alcoholgerelateerde stoornissen.

Tabel 1: 12-maandenprevalentie van psychiatrische stoornissen naar demografische kenmerken.

Bron: Bruffaerts et al. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking; Resultaten van de *European Study on Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD). Louvain Med. 2003; 122:321-334.

TABEL 4

12-maandenprevalentie van stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen bij volwassenen in België, naar sociodemografische kenmerken

	Totaal	Ten minste 1 stoornis	Stemmingsstoornis	Angststoornis	Alcoholgerelateerde stoornis
Totaal	2.419	257 (10,7%)	119 (5,0%)	148 (6,0%)	41 (1,8%)
Geslacht					
Man	1.190	110 (10,6%)	40 (3,7%)	58 (5,5%)	32 (3,0%)
Vrouw	1.229	147 (10,8%)	79 (6,2%)	90 (6,5%)	9 (0,7%)
Leeftijdscategorie					
18-24	167	32 (15,9%)	12 (6,0%)	17 (8,4%)	8 (4,5%)
25-34	406	47 (12,1%)	21 (5,8%)	29 (6,9%)	5 (2,0%)
35-49	775	93 (11,4%)	43 (5,3%)	50 (6,2%)	19 (2,3%)
50-64	570	60 (11,2%)	28 (5,1%)	37 (6,9%)	9 (1,3%)
65+	501	25 (5,6%)	15 (3,3%)	15 (3,0%)	0 (0,00%)
<i>Trend Test z (p-waarde)</i>		-5,00 (p<0,001)	-2,23 (p=0,03)	-3,37 (p<0,001)	-3,49 (p<0,001)
Burgerlijke staat¹					
Alleenstaand	528	67 (12,3%)	28 (4,8%)	39 (6,7%)	17 (3,7%)
Gescheiden	250	37 (14,6%)	20 (8,6%)	20 (8,2%)	7 (3,2%)
Weduwe(naar)	208	18 (9,0%)	12 (6,1%)	9 (4,5%)	1 (0,9%)
Gehuwd of samenwonend	1.359	122 (9,5%)	55 (4,4%)	72 (5,5%)	13 (0,8%)
Woonsituatie					
Alleenwonend	672	77 (11,5%)	35 (6,1%)	46 (7,0%)	13 (1,3%)
Samenwonend	1.747	180 (10,5%)	84 (4,7%)	102 (5,8%)	28 (1,9%)
Werkomstandigheden²					
Betaalde arbeid	1.298	141 (11,0%)	54 (3,9%)	79 (6,4%)	27 (2,3%)
Werkloos	95	20 (23,7%)	9 (10,6%)	12 (15,0%)	4 (4,4%)
Gepensioneerd	529	25 (5,2%)	14 (3,4%)	15 (2,4%)	0 (0,00%)
Huisvrouw/-man	119	11 (8,1%)	7 (4,2%)	8 (6,1%)	0 (0,00%)
Student	9	3 (34,8%)	2 (14,9%)	1 (19,9%)	0 (0,00%)
Andere	119	33 (21,4%)	19 (14,9%)	21 (12,6%)	5 (3,0%)
Nooit langer dan 6 maanden gewerkt	224	26 (10,4%)	14 (6,1%)	12 (4,6%)	5 (2,1%)
Stedelijkheidgraad					
Platteland	346	48 (15,5%)	21 (6,5%)	28 (8,5%)	7 (2,9%)
Kleine tot middelgrote stad	1.814	171 (9,5%)	81 (4,6%)	94 (5,2%)	30 (1,6%)
Grootstad	259	38 (13,7%)	17 (6,0%)	26 (9,3%)	4 (1,6%)
<i>Trend Test z (p-waarde)</i>		-0,10 (p=0,92)	0,05 (p=0,96)	0,57 (p=0,57)	-0,48 (p=0,63)

¹ 74 „missing values”; ² 26 „missing values”

Volgens deze studie rapporteerde **13,6 %** van de respondenten depressieve problemen (onderdeel van de stemmingsstoornissen) **ooit in zijn leven**, waarvan **4,6 % in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête**. Als we die gegevens extrapoleren naar de Belgische bevolking, “kan gesteld dat tussen de 1,1 en 1,2 miljoen Belgen ooit depressieve problemen hebben gekend, waarvan bijna 400.000 in de laatste 12 maanden.”

Volgens deze studie is het eveneens zo dat “depressieve aandoeningen tweemaal zo vaak voorkomen bij **vrouwen** dan bij mannen; meer dan één vrouw op zes rapporteerde de aanwezigheid van een depressieve aandoening ooit in haar leven.”

Wie **gescheiden** of **weduwe/weduwnaar** is, loopt een hoger risico op stemmingsstoornissen. Deze stoornissen zijn echter minder frequent bij personen die in een **kleine tot middelgrote stad** wonen.

Wat de **leeftijd** betreft, komen de gegevens van de ESEMeD-studie en de Gezondheidsenquête in België niet helemaal overeen. Het is echter niet eenvoudig de gegevens waarover we beschikken met elkaar te vergelijken. De bestudeerde bevolkingsgroepen zijn niet noodzakelijk vergelijkbaar wat betreft de leeftijd, de meetinstrumenten en de beoogde diagnostiek.

Het is evenmin evident om een evolutie in de tijd vast te stellen.

Hoewel in het verleden reeds studies werden uitgevoerd, is het noodzakelijk de kennis over de prevalentie van deze ziekte te actualiseren.

We kunnen eveneens stellen dat we over weinig incidentiegegevens beschikken. Studies die het mogelijk maken de incidentie van depressie te bepalen, zijn nochtans noodzakelijk want ze vergemakkelijken de studie van de risicofactoren en maken het mogelijk de kennis over de etiologie van depressie te vergroten. Longitudinale studies maken het ook mogelijk in de tijd op te volgen wanneer de depressie zich voordoet.

3.2. Depressiviteit

Zoals we gezien hebben bij de definitie van de termen, is het concept depressiviteit niet op een duidelijke en internationaal erkende manier gedefinieerd, zodat er weinig studies bestaan die het mogelijk maken exact te bepalen wat de concrete realiteit is die erachter schuilgaat.

Toch bestaan er bepaalde studies, zoals de Belgische Gezondheidsenquête van 2004 die hierboven reeds werd aangehaald, die meer duidelijkheid kunnen brengen aangezien ze tot doel hebben begrippen als het psychologische ongemak te meten (Boek II van de gezondheidsenquête door interview – België – 2004, pp. 203-208).

“Het psychologische welzijn onderzocht door de Belgische Gezondheidsenquête van 2004 werd gemeten aan de hand van een instrument (GHQ-12, General Health Questionnaire) met een schaal die gaat van 0 tot 12, waarbij een hogere score duidt op een grote waarschijnlijkheid/ernst van psychologisch ongemak. Iedere eenheid vertegenwoordigt de aanwezigheid van een symptoom van psychologische problemen. Twee definities van gevallen werden gebruikt, één om de prevalentie van psychologische problemen uit te drukken (drempel op [2+]) en de andere om ernstigere psychologische problemen uit te drukken (drempel op [4+]).

In België bedraagt de gemiddelde score 1,3 bij de bevolking van 15 jaar en ouder. Proportioneel gezien heeft 24 % van de bevolking – dus een op vier – psychologische problemen indien een grenswaarde van [2+] wordt gehanteerd, terwijl de helft daarvan, zijnde 13 % van de bevolking, een periode doormaakt met ernstigere mentale problemen (grenswaarde van [4+]).

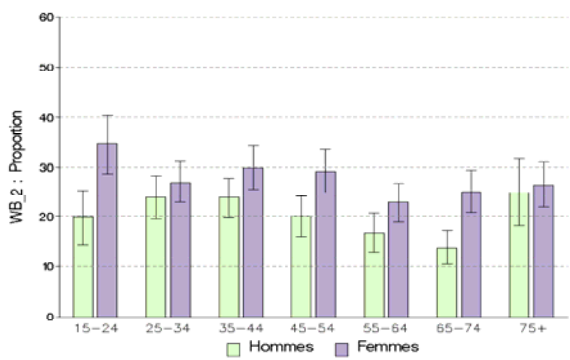
Analyse per geslacht en per leeftijd

Vrouwen hebben gemiddeld een minder gunstige score voor psychologisch welzijn dan mannen (1,5 versus 1,0) en zijn aanzienlijk talrijker wanneer het gaat om bevestigde psychologische problemen (28 % tegenover 21 % bij een grenswaarde [2+] en 15 % tegenover 10 % bij een grenswaarde [4+]). Die verschillen zijn significant na normalisatie voor de leeftijd.

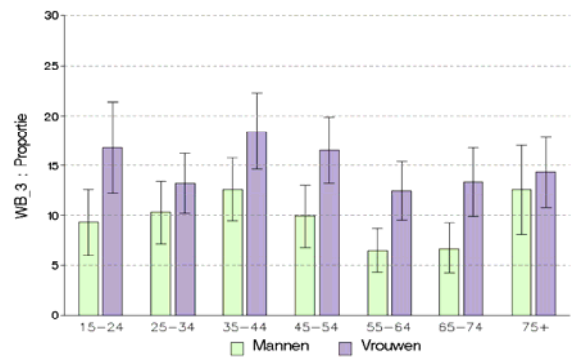
Ongeacht de intensiteit, varieert het psychologisch welzijn significant in functie van de leeftijd en dat na aanpassing voor het geslacht. We stellen vast dat de psychische toestand doorgaans minder gunstig is voor de leeftijdsgroep 35-44 jaar, vooral wanneer het gaat om de ernstigere aandoeningen [4+], waar 16 % van de personen van die leeftijd mee te maken krijgt. De groep van 55 tot 74 jaar is minder vertegenwoordigd dan de andere leeftijdsgroepen wanneer het gaat om psychologisch ongemak, ongeacht de intensiteit.

De verdeling per leeftijd van de psychologische problemen (grenswaarde [2+]) bij mannen en vrouwen wordt gegeven in figuur 2 hieronder, en de verdeling van de ernstigere psychologische problemen (grenswaarde [4+]) in figuur 3.

Figuur 2: Percentage van de bevolking (15 jaar of ouder) met recente psychologische problemen, volgens de gedichotomiseerde GHQ-12 score [2+], volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2004.



Figuur 3: Percentage van de bevolking (15 jaar of ouder) met waarschijnlijke psychiatrische stoornis, volgens de gedichotomiseerde GHQ-12 score [4+], volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2004.



“De uitsplitsing voor geslacht toont aan dat er aanzienlijke (en relevante) verschillen zijn tussen man en vrouw wanneer het gaat over psychologische problemen (grenswaarde [2+]), vooral bij de jongeren van 15-24 jaar (+15 % bij de vrouwen) en binnen de leeftijdsgroep van 45-54-jarigen (+10 % bij de vrouwen) en 65-74-jarigen (+11 % bij de vrouwen). Vanaf 75 jaar is het aantal mannen en vrouwen met psychologische problemen gelijk; een op vier heeft er dan mee te maken. Dat wijst op een aanzienlijke toename van de problemen bij de mannen: van 7 % bij de 65-74-jarigen naar 13 % bij mannen van 75 jaar en ouder. Figuur 3, die verwijst naar de meest ernstige problemen (drempelwaarde [4+]), biedt een gelijkaardig profiel”.

Analyse volgens opleidingsniveau

“De gemiddelde score en de graad van psychologische moeilijkheden variëren slechts weinig in functie van de opleiding van de ondervraagden. De verschillen in functie van de scholingsgraad zijn niet relevant na normalisatie qua leeftijd en geslacht”.

Analyse volgens verstedelijkingsgraad

“Het psychologische ongemak lijkt aanzienlijker in verstedelijkte omgeving (1,4) dan in semi-verstedelijkte gebieden en op het platteland (1,2), maar dat verschil is niet relevant na aanpassing voor leeftijd en geslacht”.

Evolutie in de tijd

“De gemiddelde score van het psychologisch welzijn kende een aanzienlijke daling tussen 1997 en 2001 (1,6 tegen 1,3), maar de cijfers voor 2004 (1,3) zijn dezelfde als in 2001. Deze evolutie in de tijd wordt ‘kwadratisch’ genoemd. Deze kwadratische evolutie kan ook vastgesteld worden voor de psychologische problemen (drempelwaarde [2+]) en de meer ernstige problemen (drempelwaarde [4+])”.

Analyse per gewest

“De doorlichting van het psychologisch welzijn op gewestelijk niveau wijst op een gunstigere toestand in het Vlaams Gewest ten opzichte van de andere gewesten.

De gemiddelde GHQ-score bedraagt 1,1 in het Vlaams Gewest tegenover 1,6 in Brussel en 1,5 in Wallonië, en dat verschil is significant na aanpassing voor leeftijd en geslacht. We tellen ook minder personen met psychologische problemen in het Vlaams Gewest: 21 % tegenover 31 % in Brussel en 30 % in Wallonië voor drempelwaarde [2+] en respectievelijk 12 % tegen 16 % en 15 % voor de drempelwaarde [4+]. De gestandaardiseerde analyses voor leeftijd en geslacht bevestigen deze verschillen”.

3.3. Zelfmoord en zelfmoordpogingen²

Geslaagde zelfmoord wordt gemeten aan de hand van de mortaliteitsgegevens: de overlijdens en hun oorzaken.

Gegevens verzamelen over **zelfmoordpogingen** is veel deliquer, aangezien er niet systematisch wordt doorverwezen naar de spoeddiensten van de ziekenhuizen, zelfs niet naar een arts. Daar de zelfmoordpogingen die terechtkomen bij een arts niet systematisch worden geregistreerd, worden de gegevens over zelfmoordpogingen vaak eveneens verzameld via een enquête bij de algemene bevolking.

Suïcidale ideatie wordt eveneens gemeten aan de hand van vragenlijsten waarin men de ondervraagde persoon vraagt of hij er soms aan denkt zich van het leven te beroven. Naast de gebruikelijke vertekening die bij deze methode optreedt, zoals het verzwijgen, het Rosenthal-effect, instrumentalisering..., is ook de formulering van de vraag zelf belangrijk. De analyse van de beschikbare gegevens voor België is daar trouwens een goede illustratie van.

3.3.1. Zelfmoord

A. Internationale vergelijking van fataal suïcidaal gedrag:

In hoofdstuk 7 “*Self-directed violence*” meet het Wereldrapport over geweld en gezondheid van de WGO de omvang van het verschijnsel fataal suïcidaal gedrag door de cijfers van verschillende landen en regio’s (75 zones) waarvoor we over gegevens beschikken, met elkaar te vergelijken, op basis van het recentste jaar (tussen 1990 en 2000).

België bevindt zich met een zelfmoordgraad van 24 op 100.000 inwoners boven het mondiaal gemiddelde (14,5 op 100.000 inwoners).

² Fragment uit het rapport: Steinberg P. Les jeunes et la santé mentale en Belgique: le suicide. WHO Collaborating Centre on Health - Belgium; 2005.

Tabel 2: Internationale vergelijking van de zelfmoordgraad per 100.000 inwoners.
Bron: "Violence and Health", WGO, 2002.

Land	Jaar	Zelfmoordgraad per 100.000 inwoners			Verhouding man/vrouw
		Totaal	Man	Vrouw	
België	1995	24,0	36,3	12,7	2,9
Frankrijk	1998	20,0	31,3	9,9	3,2
Nederland	1999	11,0	15,2	7,1	2,1
Canada	1997	15,0	24,1	6,1	3,9
Denemarken	1996	18,4	27,2	10,1	2,7
Finland	1998	28,4	45,8	11,7	3,9
Duitsland	1999	14,3	22,5	6,9	3,3
Italië	1997	8,4	13,4	3,8	3,5
Russische Federatie	1998	43,1	77,8	12,6	6,2
Thailand	1994	5,6	8,0	3,3	2,4
VS	1998	13,9	23,2	5,3	4,4

De Oost-Europese landen kennen de hoogste zelfmoordgraad, in Latijns-Amerika stellen we de laagste zelfmoordcijfers vast. West-Europa en Noord-Amerika bevinden zich daartussenin. Over Afrika zijn er weinig gegevens bekend. Van de West-Europese landen, kennen België en Finland de hoogste zelfmoordgraad.

B. Op nationaal niveau:

De recentste gegevens in verband met overlijdens door zelfmoord voor de gehele Belgische bevolking dateren van 1997.

Er bestaan wel recentere gegevens voor het Vlaams gewest en voor Brussel. De projecties die we kunnen uitvoeren op basis van die gegevens wijzen op een langzame evolutie van de zelfmoordgraad. Aangezien de zelfmoordgraad soms onderhevig is aan sterke regionale of lokale afwijkingen, lijkt het ons voorzichtiger ons te houden aan de laatste beschikbare cijfers voor heel België. Die resultaten zijn voor Vlaanderen beschikbaar op <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/sterfte/specifiek/uitwendig/suicide.htm> en voor Brussel op <http://www.observatbru.be>.

Er zou een systeem moeten worden opgezet om de overlijdens door zelfmoord te registreren waarbij die informatie op federaal niveau regelmatig kan worden bijgewerkt.

Zelfmoord in vergelijking met andere doodsoorzaken

Met 2146 zelfmoorden op een totaal van 103.800 overlijdens wat de gehele bevolking betreft in 1997, is zelfmoord de 10^{de} doodsoorzaak (na, in dalende volgorde, ziekten van de bloedsomlooporganen, tumoren, ziekten van de ademhalingsorganen, cerebrovasculaire aandoeningen, ziekten van de spijsverteringsorganen, ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen, ziekten van bloed en endocriene ziekten, psychische stoornissen, symptomen en ziektebeelden onvolledig omschreven) (zie tabel 3).

Dat betekent dat, in het jaar 1997, in België elke dag gemiddeld 6 personen zelfmoord gepleegd hebben.

Tabel 3: Doodsoorzaken per leeftijd.
Bron: Gegevens van het NIS 1997.

	Totaal	Minder dan 20 jaar	Van 20 tot 39 jaar	Van 40 tot 59 jaar	Van 60 tot 79 jaar	Van 80 tot 99 jaar	100 jaar en +
Totaal aantal overlijdens (alle oorzaken)	103.800	1.265	2.853	10.341	42.371	46.577	393
Totaal inwendige oorzaken	97.508	891	1.152	8.798	40.899	45.384	384
Infectieuze en parasitaire ziekten (behalve tuberculose)	1.308	30	59	112	498	600	9
Tumoren	28.041	104	421	4.258	15.422	7.824	12
Endocriene ziekten, bloedziekten	2.828	25	35	159	1.128	1.471	10
Psychische stoornissen	2.464	4	61	163	561	1.664	11
Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	3.419	58	73	195	1.268	1.818	7
Ziekten van de bloedsomlooporganen behalve cerebrovasculaire aandoeningen	28.501	20	180	1.875	11.117	15.157	152
Cerebrovasculaire aandoeningen	9.453	11	63	460	3.296	5.594	29
Ziekten van de ademhalingsorganen	10.672	26	46	456	4.275	5.808	61
Ziekten van de spijsverteringsorganen	4.519	5	112	799	1.711	1.882	10
Ziekten van de urogenitale organen	1.504	1	13	54	533	896	7
Ziekten van zwangerschapsbaring en postpartum	10	/	10	/	/	/	/
Congenitaal afwijkingen en ziekten eigen aan de eerste kindsheid	565	492	27	32	11	3	0
Slecht omschreven toestanden en onbekende doodsoorzaken behalve ouderdom zonder vermelding van psychose	2.353	114	46	191	705	1.267	30
Andere inwendige oorzaken	1.070	1	6	31	282	741	9
Totaal uitwendige oorzaken	6.292	374	1.701	1.543	1.472	1.193	9
Verkeersongevallen op de openbare weg	1.483	177	640	292	293	81	/
Accidentele vergiftigingen	174	15	73	47	25	14	/
Accidentele complicaties bij patiënten tijdens genees- en heelkundige behandelingen	194	2	8	27	83	74	/
Accidentele val	1.293	11	50	136	367	722	7
Ongevallen veroorzaakt door vuur	106	13	23	19	35	16	/
Ongevallen veroorzaakt door onderdompeling, verstikking en vreemde lichamen	259	36	21	53	82	66	1
Zelfmoord	2.146	64	668	787	472	155	/
Doodslag	177	22	83	51	19	2	/
Andere uitwendige oorzaken	460	34	135	131	96	63	1

Het NIS (Nationaal Instituut voor de Statistiek) maakt een onderscheid tussen inwendige en uitwendige oorzaken. We moeten hierbij opmerken dat de positie van zelfmoord ten opzichte van de andere oorzaken afhangt van de verfijningsgraad van de categorieën die worden gebruikt om de typologie uit te voeren. Hoe meer men de categorieën van andere doodsoorzaken dan zelfmoord verfijnt, hoe hoger we de categorie "zelfmoord" aantreffen in het klassemment.

We moeten daarbij ook opmerken dat, hoewel zelfmoord de 10^{de} doodsoorzaak is bij de bevolking in haar geheel, **het de belangrijkste doodsoorzaak is in de NIS-typologie van uitwendige oorzaken**. Indien we echter de oorzaken van de meerderheid van de ongevallen thuis samenvoegen (accidentele vergiftigingen, accidentele valpartijen, ongevallen veroorzaakt door vuur, ongevallen veroorzaakt door onderdompeling, verstikking en vreemde lichamen, en bepaalde andere uitwendige oorzaken), komt zelfmoord op de tweede plaats terecht.

Het aantal overlijdens door zelfmoord ligt dus aanzienlijk hoger dan het aantal overlijdens door verkeersongevallen op de openbare weg, accidentele valpartijen en andere ongevallen. Bovendien zijn, zoals we reeds hebben vermeld, een aantal verkeersongevallen in werkelijkheid verdoken zelfmoord. Hoe dan ook sterven er meer mensen als gevolg van een ongeval thuis dan door een verkeersongeval of zelfmoord.

Tabel 4: Evolutie van enkele doodsoorzaken van 1994 tot 1997.
Bron: NIS, demografische statistieken.

Doodsoorzaak	1994		1995		1996		1997	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Zelfmoord	2,95	1,14	2,92	1,17	2,78	1,07	2,99	1,15
Tumoren	30,79	23,06	30,81	23,16	30,57	22,66	31,10	22,93
Ziekten van de bloedsomlooporganen	33,33	41,47	33,22	41,37	33,80	41,31	32,82	40,30
Verkeersongevallen	2,58	0,90	2,23	0,79	2,09	0,74	2,05	0,75
Accidentele valpartijen	1,13	1,63	1,00	1,40	1,06	1,47	1,09	1,40
Ongevallen veroorzaakt door vuur	0,11	0,11	0,13	0,08	0,12	0,09	0,13	0,08
Doodslag	0,20	0,15	0,19	0,13	0,20	0,19	0,19	0,15

De tabel hieronder vergelijkt zelfmoord met de andere doodsoorzaken in functie van de leeftijd.

Tabel 5: Rangschikking van zelfmoord in de doodsoorzaken.
Bron: "Les jeunes et la santé mentale en Belgique: le suicide", P. Steinberg, WHO Collaborating Centre on Health, 2005.

Leeftijdscategorie	Rangschikking van zelfmoord in de doodsoorzaken (typologie van het NIS)
Totale bevolking	Zelfmoord = 10 ^{de} oorzaak Maar 1 ^{ste} uitwendige oorzaak
Minder dan 20 jaar	Zelfmoord = 4 ^{de} doodsoorzaak (alle oorzaken samen) 2 ^{de} externe doodsoorzaak (na de verkeersongevallen)
20 tot 39 jaar	Zelfmoord = 1 ^{ste} externe doodsoorzaak vóór de inwendige oorzaken (alle oorzaken samen)

De gegevens van het NIS maken het mogelijk de geregistreerde zelfmoorden op te splitsen in functie van het geslacht en de leeftijdsgroepen en een onderscheid te maken op basis van het type zelfmoord.

Zelfmoord op basis van het geslacht:

Er zijn globaal gezien drie maal meer **mannen** dan vrouwen die zelfmoord plegen.

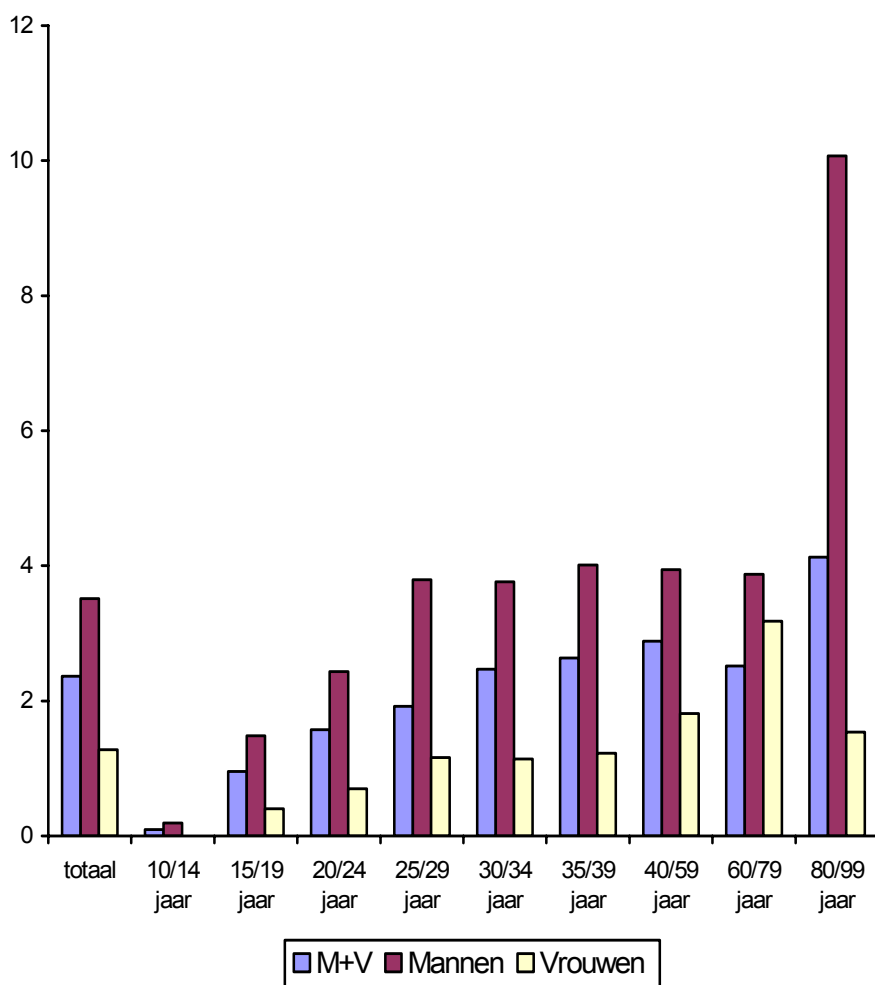
Tabel 6: Evolutie van het aantal zelfmoorden in België, op basis van het geslacht.
Bron: gegevens van het NIS van 1993 tot 1997.

	1993	1994	1995	1996	1997
Totaal zelfmoorden	2.142	2.131	2.155	2.013	2.146
Mannen	1.552	1.543	1.550	1.458	1.551
Vrouwen	590	588	605	555	595
Totaal overlijdens	106.824	103.778	104.897	104.370	103.800
Percentage zelfmoorden ten opzichte van de overlijdens	2,0 %	2,0 %	2,0 %	1,9 %	2,1 %

Zelfmoord in functie van de leeftijd:

De frequentie van de zelfmoorden stijgt globaal gezien lineair met de leeftijd.

Figuur 4: Frequentie van de zelfmoorden per 10.000 personen uit de leeftijdscategorie.
Bron: gegevens NIS, 1997.



Type zelfmoord:

Wat betreft de middelen die worden aangewend om een einde te maken aan zijn leven, bestaan er aanzienlijke verschillen in functie van het geslacht van de overleden persoon.

Tabel 7: Overlijdens door zelfmoord in België, in functie van geslacht en leeftijdsgroepen en volgens de gebruikte methodes.
Bron: gegevens NIS 1997.

	Totaal			Minder dan 20 jaar			20 tot 39 jaar			40 tot 59 jaar			60 tot 79 jaar			80 tot 99 jaar		
	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V
totaal zelfmoorden	2146	1551	595	64	52	12	668	516	152	787	541	246	472	327	145	155	115	40
Door vergiftiging met vaste vloeibare stoffen	348	190	158	5	3	2	115	70	45	142	73	69	68	32	36	18	12	6
Door gas voor huishoudelijk gebruik	5	3	2	-	-	-	2	1	1	3	2	1	-	-	-	-	-	-
Door ander gas	35	24	11	1	1	-	14	11	3	14	8	6	5	3	2	1	1	-

Door ophanging, wurging en verstikking	984	784	200	25	20	5	338	279	59	370	287	83	184	142	42	67	56	11
Door onderdompeling (verdrinking)	204	106	98	1	1	-	31	23	8	86	42	44	71	34	37	15	6	9
Door vuurwapens en explosieven	310	283	27	17	14	3	78	73	5	105	88	17	90	88	2	20	20	-
Door een scherp en doorborend voorwerp	26	16	10	-	-	-	6	5	1	13	6	7	6	4	2	1	1	-
Door een sprong van grote hoogte	122	60	62	5	4	1	35	18	17	24	12	12	34	14	20	24	12	12
Door andere niet-gepreciseerde middelen	111	84	27	10	9	1	49	36	13	30	23	7	13	9	4	9	7	2

Vrouwen kiezen een sprong van grote hoogte of de inname van substanties als middel om een einde te maken aan hun leven. Mannen nemen vaker hun toevlucht tot methodes die als "gewelddadiger" worden beschouwd, zoals ophanging, wurging en verstikking, en vuurwapens of explosieven.

3.3.2. Zelfmoordpogingen

Bij het optekenen van gegevens over zelfmoord doen zich reeds een aantal moeilijkheden voor, maar gegevens verzamelen over zelfmoordpogingen en suïcidale ideaties blijkt nog moeilijker te zijn.

Daar zijn verschillende redenen voor:

- Een zelfmoordpoging betekent niet noodzakelijk dat men terechtkomt in een zorginstelling. In bepaalde landen is daar trouwens een risico aan verbonden aangezien er strafrechtelijke sancties op kunnen volgen. Het verzamelen van deze gegevens is nochtans primordiaal bij de preventie, gezien de omvang van de factor "recidief".
- De gegevens die beschikbaar zijn in de zorgverlening zijn dus onvolledig en worden aangevuld door demografische enquêtes.
- De gegevens die in de zorginstellingen worden opgetekend, zijn onvolledig: de WGO gaat ervan uit dat slechts 1 persoon op 4 die een zelfmoordpoging heeft ondernomen, in een ziekenhuis terechtkomt.
- De informatie wordt het vaakst verkregen via enquêtes bij de volledige bevolking, ook al omdat dit item vaak deel uitmaakt van de verschillende diagnostische technieken voor geestelijke gezondheid. In dat geval vraagt men de ondervraagde persoon of hij reeds geprobeerd heeft zijn leven te beëindigen (poging tot zelfmoord) of er reeds aan gedacht heeft (suïcidale ideatie). De formulering kan verschillende vormen aannemen. Het is duidelijk dat de antwoorden op dit soort vragen vaak te laag worden ingeschat, doordat de ondervraagde personen bij dit type vragen geneigd kunnen zijn niet het correcte antwoord aan te duiden. Voor die gevallen bestaan er echter een hele reeks methodologische maatregelen die het mogelijk maken dit effect te beperken (de anonimiteit garanderen, het vertrouwen vergroten van de geïnterviewde persoon, plaats van de enquête, wijze waarop de enquête wordt ingevuld...).

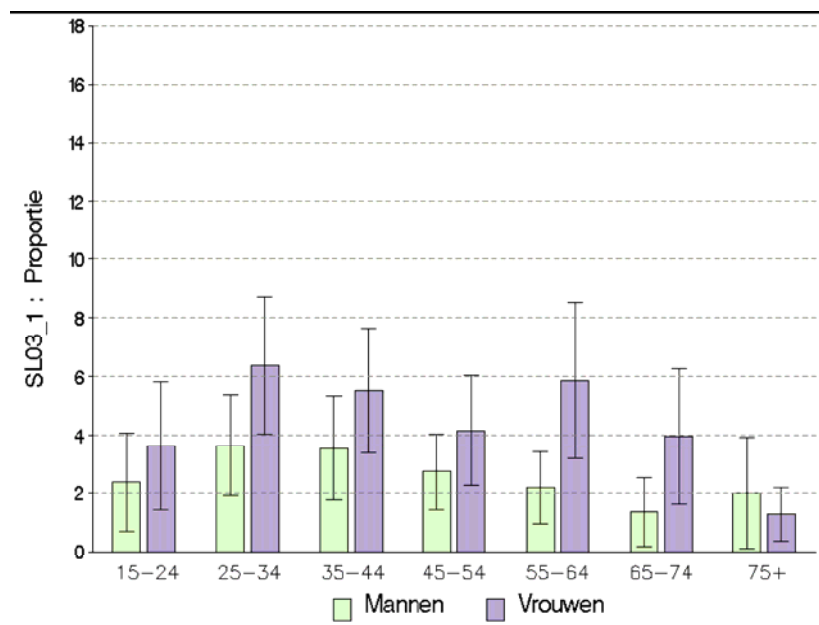
Er bestaan echter bepaalde gegevens, zoals die van de reeds vermelde gezondheidsenquête van 2004 die ons bepaalde informatie kunnen bezorgen.

Analyse volgens geslacht en leeftijd:

- “Er zijn meer vrouwen dan mannen die minstens één keer in hun leven een zelfmoordpoging hebben ondernomen (4,6 % tegenover 2,7 %).
- Zelfmoordpogingen in de loop van het leven worden het vaakst gerapporteerd door personen tussen 25 en 44 jaar (ongeveer 5 % van die groep). Drie jongeren op honderd uit de categorie 15-24 jaar hebben echter reeds een poging ondernomen om een einde te maken aan hun leven. Vijf op duizend (5 ‰) deden dat tijdens de 12 maanden die aan de enquête voorafgingen. Bij de leeftijdsgroep 25-34 jaar zijn de recente zelfmoordpogingen het talrijkst (8 ‰).

De verdeling van de zelfmoordpogingen op een volledige levensduur wordt in onderstaande figuur weergegeven volgens leeftijd en geslacht:

Figuur 5: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat reeds een zelfmoordpoging heeft ondernomen, volgens leeftijd en geslacht. Gezondheidsenquête, België, 2004.



Analyse volgens scholingsgraad:

Een zelfmoordpoging ondernemen komt vaker voor bij de minder opgeleiden (van 4 % tot 5 %) ten opzichte van de personen die hogere studies deden (3 %). Dat verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht. De recente pogingen geven duidelijk deze socio-economische gradiënt weer: de prevalentie gaat van 0,9 % bij de minder opgeleiden naar 0,2 % bij de hoger opgeleiden. Dat verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Analyse volgens verstedelijkingsgraad:

Zelfmoordpogingen tijdens het bestaan worden vaker gerapporteerd bij de stadbewoners (5 % tegen 3 % in de minder verstedelijkte gebieden) en dat verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Hier speelt echter niet enkel Brussel een rol: de verstedelijkingsgraad heeft eveneens een invloed op het aantal zelfmoordpogingen in het Waalse Gewest. Wat de recente zelfmoordpogingen betreft, wijst de tendens erop dat ze minder frequent zijn in landelijke gebieden, maar de verschillen hebben geen statistische waarde en dat is waarschijnlijk te wijten aan het kleine effectief.

Analyse per gewest:

De zelfmoordpogingen – zowel die, die tijdens het bestaan alsook die, die recent werden gepleegd – zijn minder frequent in het Vlaams Gewest (2 % en 0,3 % respectievelijk) dan in de twee andere gewesten (6 % en 0,6 % respectievelijk in de andere gewesten). Die verschillen zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht.”

Gegevens van de huisartsenpeilpraktijken (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid):

Het netwerk van huisartsenpeilpraktijken verenigt een aantal huisartsen die afhangen van de verschillende gemeenschappen en die medische gegevens registreren zoals, onder andere, zelfmoord en zelfmoordpogingen.

Ongeveer 150 huisartsen, representatief wat betreft geslacht en leeftijd voor hun vakgenoten, maken er op vrijwillige basis deel van uit, goed voor 1,5 % van de Belgische patiënten. De gegevens die aldus zijn geregistreerd, worden geëxtrapoléerd voor de volledige bevolking. De vergelijking met andere statistische bronnen toont aan dat de registratie door de huisartsenpeilpraktijken en hun methode van extrapolatie voor de hele bevolking erg betrouwbaar zijn.

De opsplitsing van de prevalentie van zelfmoordpogingen volgens leeftijd toont aan dat op elke leeftijd meer vrouwen een poging ondernemen. Die opsplitsing toont eveneens aan dat jonge vrouwen van 15 tot 29 jaar een risicogroep vormen.

Tabel 8: Prevalentie van zelfmoordpogingen per leeftijd.
Huisartsenpeilpraktijken 2000/2001.

Leeftijd	man	vrouw
0/14 jaar	-	33
15/29 jaar	75	173
30/64 jaar	71	112
65/79 jaar	28	38
80 en ouder	52	118

Er duiken regionale verschillen op: de Waalse bevolking laat, zowel wat betreft zelfmoord als wat betreft zelfmoordpogingen, hogere cijfers optekenen, behalve voor geslaagde zelfmoord, waarvoor de Vlaamse vrouwen proportioneel gezien hogere cijfers laten noteren.

Tabel 9: Prevalentie van zelfmoord en zelfmoordpogingen in functie van geslacht en regio.
Huisartsenpeilpraktijken 2000/2001.

Prevalentie (op 100.000)	Gewest	man	vrouw
zelfmoord	Vlaanderen	31	11
	Wallonië	43	8
pogingen	Vlaanderen	53	100
	Wallonië	89	214

Het aantal zelfmoordpogingen ligt globaal gezien dus 4 maal hoger dan de geslaagde zelfmoorden. Er bestaan grote verschillen afhankelijk van het geslacht van de persoon: zo ligt het aantal mannen dat een zelfmoordpoging onderneemt 2 maal hoger dan het aantal “geslaagde” zelfmoorden; bij de vrouwen ligt het aantal zelfmoordpogingen 14 maal hoger dan het aantal geslaagde zelfmoorden.

“A Four-Country Survey Regarding suicide: consumer’s beliefs, attitudes and behaviours” (2003):

Test Gezondheid (Joolen et al., 2003) nam in 2003 deel aan een internationale enquête (België, Italië, Portugal en Spanje) over het beeld dat de samenleving heeft van zelfmoord, de methodes die worden toegepast, de prevalentie van suïcidaal gedrag (pogingen, suïcidale gedachten...), en over de ervaringen en de evaluatie van personen die professionele ondersteuning zoeken.

Die enquête werd uitgevoerd bij een representatieve steekproef van de volwassen Belgische bevolking tussen 18 en 70 jaar. Voor België werden 2.034 personen ondervraagd (op een totaal van 12.356 personen).

Enkele elementen:

- 19 % van de ondervraagde personen verklaren in het afgelopen jaar aan zelfmoord gedacht te hebben;
- 42 % van de personen die vaak aan zelfmoord dachten, hebben er niet over gepraat met hun omgeving (22 % met vrienden, 20 % met hun partner, 14 % met kennissen en 5 % met collega's);
- 20 % van de personen die vaak aan zelfmoord dachten, deden een beroep op een professionele hulpverlener;
- 10 % van de ondervraagde personen hebben reeds een zelfmoordpoging ondernomen. Het zijn vooral jongeren, en in het bijzonder jonge vrouwen, die het vaakst een einde aan hun leven proberen te maken. 16,4 % van de jonge vrouwen tussen 20 en 24 jaar hebben reeds geprobeerd hun leven te beëindigen.

Van de personen die geprobeerd hebben een einde te maken aan hun leven:

- werd 32 % na die poging niet doorverwezen naar een professionele gezondheidszorgverstreker;
- heeft 24 % een maagspoeling ondergaan;
- heeft 24 % psychotherapie ondergaan of psychologisch advies gekregen;
- kreeg 19 % medicatie voorgeschreven;
- heeft 7 % een heelkundige ingreep ondergaan.

De enquête toont eveneens aan dat er veel vooroordelen bestaan in het beeld dat de samenleving van zelfmoord heeft:

- “Het risico dat een persoon die niet geslaagd is in zijn zelfmoordpoging het opnieuw probeert, is miniem” (zo denkt 14 %).
- “Iedereen die ooit zelfmoordgedachten heeft gehad, zal die de rest van zijn leven hebben” (45 %).
- “Zelfmoordpogingen hebben vooral tot doel aandacht te trekken” (51 %).
- “Personen die zeggen dat ze zelfmoord gaan plegen, gaan zelden tot de daad over” (45 %).
- “Met iemand praten over diens zelfmoordgedachten maakt de situatie alleen maar erger” (7 %).

Over het algemeen tonen de aldus verzamelde gegevens aan dat:

- Ook al stemmen de gegevens niet altijd overeen, toch blijkt er bij de jongeren een grotere prevalentie van zelfmoordpogingen te bestaan (zowel relatief als absoluut).
- De verhouding “geslaagde” zelfmoordpogingen wordt geschat op 1 op 2 of 3 voor wie ouder dan 65 jaar is, terwijl ze 1 op 100 à 200 zou bedragen voor personen onder 25 jaar. Hoewel jongeren dus vaker geneigd zijn een zelfmoordpoging te ondernemen, zijn de zelfmoordpogingen aanzienlijk vaker fataal bij oudere mensen.
- Het aantal niet-fatale zelfmoordpogingen ligt twee à drie keer hoger bij vrouwen dan bij mannen. De zelfmoord “lukt” dan weer vaker bij mannen.

- Anders gezegd: terwijl jongeren en vrouwen vaker proberen hun leven te beëindigen, zijn het vooral de mannen en de ouderen die er vaker in slagen.

Samenvatting van de belangrijkste epidemiologische gegevens

Wat depressie betreft, wijzen we erop dat de prevalentie van depressieve stoornissen het hoogst ligt:

- bij vrouwen
- bij de bevolkingslagen met de laagste scholingsgraad
- bij gescheiden mensen en weduwes/weduwnaars
- In Wallonië en in Brussel in vergelijking met Vlaanderen.

Depressiviteit blijkt vaker voor te komen:

- bij vrouwen, in het bijzonder jonge vrouwen (15-24 jaar)
- in de leeftijdsgroep 35-44 jaar voor de gehele bevolking
- in Wallonië en in Brussel.

Wat zelfmoord betreft:

- De zelfmoordgraad in België ligt boven het wereldgemiddelde: 24 tegenover 14,5 per 100 000 inwoners (eind jaren 90).
- Volgens de statistieken pleegden in 1997 elke dag gemiddeld 6 personen zelfmoord in België.
- Voor de bevolking in haar geheel is zelfmoord de 10^{de} doodsoorzaak, alle oorzaken samen, maar de 1^{ste} uitwendige oorzaak. Onder de 20 jaar is het de 4^{de} doodsoorzaak, alle oorzaken samen, en de 2^{de} uitwendige doodsoorzaak (na de verkeersongevallen). Bij de 20 tot 39-jarigen, ten slotte, is zelfmoord de 1^{ste} uitwendige doodsoorzaak vóór de inwendige oorzaken (alle oorzaken samen).
- De “geslaagde zelfmoorden” komen globaal gezien vaker voor bij mannen. Die nemen bovendien hun toevlucht tot meer “gewelddadige” middelen om hun leven te beëindigen dan vrouwen.
- De zelfmoordpogingen zijn dan weer aanzienlijk talrijker bij de vrouwen.
- Het aantal geslaagde zelfmoorden stijgt nagenoeg lineair met de leeftijd.
- In de leeftijdsgroep 15-29 jaar zou het aantal recente zelfmoordpogingen dan weer het hoogst liggen.
- Zelfmoordpogingen komen vaker voor bij lagergeschoolden, in steden met een hoge verstedelijkingsgraad en in Wallonië en Brussel.

4. ALGEMENE VASTSTELLINGEN

4.1. Risico- en beschermende factoren

Een klassieke benadering inzake geestelijke gezondheid bestaat erin te trachten bevolkingsgroepen te omschrijven die als “risicogroepen” worden beschouwd. Zo worden jongeren, ouderen, allochtonen en homo’s vaak als specifieke groepen beschouwd die een groter risico vertonen om tot zelfmoord over te gaan. Hoewel die benadering in eerste instantie het voordeel heeft zich tot een specifieke groep te richten en aldus de mogelijke benaderingen te vergemakkelijken, houdt ze ook talloze valkuilen in.

Het probleem bij deze aanpak is dat hij de neiging heeft een individu terug te brengen tot een algemeen gedrag. Bovendien valt aan bepaalde karakteristieken van die risicogroepen niets te veranderen. Geen enkele preventiecampagne kan iets veranderen aan het feit of iemand jong of oud is. Die benadering stelt de problematiek ook voor alsof die een causaal schema volgt. De praktijk toont echter aan dat, wat depressie en zelfmoord betreft, het schema veel complexer is en het volstaat niet tot een risicogroep te behoren om op individueel niveau een hoger risico te vertonen om tot zelfmoord over te gaan.

In dit rapport zullen we het dus niet hebben over “risicogroepen”. De beschikbare cijfers zijn niet betrouwbaar genoeg om met zekerheid “risicogroepen” te kunnen bepalen. Bovendien zijn die groepen zelden homogeen en kunnen we er dus geen algemene uitspraken over doen (bijvoorbeeld: de allochtonen; het is zeker niet het feit “allochtoon te zijn” dat risico’s op depressie of zelfmoord kan inhouden, maar wel de verbreking van de maatschappelijke band die, mogelijk, dat soort situatie met zich mee kan brengen. Het is dus veel oordeelkundiger het te hebben over “risicofactoren” (zoals bijvoorbeeld de verbreking van de maatschappelijke band) en over “beschermende factoren”.

Een preventieprogramma zou aldus moeten trachten de risicofactoren terug te dringen en de beschermende factoren te vergroten, en dat bij de bevolking in haar geheel.

In dit hoofdstuk zullen we dus een samenvatting geven van een model van risico- en beschermende factoren dat werd uitgewerkt om inzicht te krijgen in de dynamiek verbonden aan depressie en, in tweede instantie, een model voorstellen van de risico- en beschermende factoren specifiek voor depressie van het “*Suicide Prevention Resource Center*” van de *American foundation for Suicide Prevention*. Tot slot wordt ook het verband tussen antidepressiva en verhoogd risico op zelfmoord geanalyseerd.

4.1.1. Risico- en beschermende factoren inzake depressie

Een recente Belgische publicatie heeft dit aspect van de problematiek bestudeerd (Corveleyn et al., 2005):

“Wat zich klinisch voordoet wordt aanzien als het uiteindelijk gevolg van een negatieve spiraal die zich installeert indien de uitlokkende factoren niet meer in balans kunnen worden gehouden met de beschermende factoren die iedere persoon in meerdere of mindere mate bezit.

Er moet dus bij het individu een zekere kwetsbaarheid voor depressie bestaan. Deze ontstaat essentieel uit een biogenetische aanleg en een negatief verstoord ontwikkelingsproces waarin belangrijke levensgebeurtenissen een cruciale rol kunnen spelen.

De kwetsbare persoon kan vele periodes of zelfs zijn volledig leven voldoende overeind blijven. Dit zou het individu danken aan beschermende factoren, die inherent zijn aan de persoon, of in

de loop van de doorgemaakte levensgebeurtenissen zelf, of dank zij steunende omgeving verworven worden.

Potentieel uitlokkende stressoren kunnen in het leven hierop interfereren. Ze kunnen zowel biogenetisch, psychologisch, somatisch of sociaal-maatschappelijk van aard zijn. Heel wat depressief kwetsbare personen zouden al een intrinsieke stressovergevoeligheid hebben, maar zullen ook nog bepaalde gebeurtenissen, omstandigheden en boodschappen subjectief heel negatief inschatten. Als dit te zwaar is, te lang duurt, te weinig in evenwicht is met de protectieve reflexen, dan loopt het mis. Als bepaalde protectieve factoren verzwakken of wegvallen loopt het eveneens mis.

Er ontstaat op een bepaald ogenblik een negatieve spiraal die naar depressie leidt. Hier spelen zowel perceptiefactoren als interpersoonlijke gebeurtenissen een rol.”

4.1.2. *Risico- en beschermende factoren inzake zelfmoord* (Suicide Prevention Ressource Center)

“Risicofactoren kunnen beschouwd worden als leidend tot of verband houdend met zelfmoord; dat wil zeggen: personen die de risicofactor ‘in zich hebben’ lopen meer kans op zelfmoordgedrag. Beschermende factoren daarentegen verkleinen de waarschijnlijkheid van zelfmoord. Ze verhogen de veerkracht³ en kunnen als tegengewicht dienen voor risicofactoren. Risico- en beschermende factoren kunnen biopsychosociaal, omgevingsgebonden of sociocultureel van aard zijn. Hoewel deze indeling enigszins willekeurig is, biedt ze toch de mogelijkheid deze factoren te bekijken vanuit verschillende invalshoeken. Het is een van de uitdagingen voor de zelfmoordpreventie om te begrijpen wat de interactie is tussen risico- en beschermende factoren bij zelfmoordgedrag, en hoe in die interactie kan worden ingegrepen (Móscicki, 1997).

Jammer genoeg zijn er maar weinig wetenschappelijke studies die aantonen hoe het veranderen van specifieke risico- of beschermende factoren een effect kan hebben op de zelfmoordpreventie. De impact van bepaalde risicofactoren kan echter aanzienlijk worden verkleind door bepaalde interventies zoals lithium verstrekken bij manisch-depressieve stoornis of de maatschappelijke ondersteuning te vergroten in een gemeenschap (Baldessarini, Tando, Hennen, 1999). Risicofactoren waaraan niets veranderd kan worden (zoals een vroegere zelfmoordpoging) kunnen anderen attent maken op het verhoogde risico op zelfmoord bij een nieuwe periode van mentale stoornis of gebruik van verdovende middelen, of na een ingrijpende stresserende gebeurtenis in het leven (Oquendo et al., 1999). Beschermende factoren zijn erg uiteenlopend en omvatten de karaktertrekken van het individu wat betreft houding en gedrag, alsook eigenschappen van de omgeving en cultuur (Plutchik, Van Praag, 1994). Een aantal van de belangrijkste risico- en beschermende factoren worden hieronder opgesomd.

Risicofactoren voor Zelfmoord

Biopsychosociale Risicofactoren:

- mentale stoornissen, in het bijzonder stemmingsstoornissen, schizofrenie, angststoornissen en bepaalde persoonlijkheidsstoornissen;
- stoornissen door misbruik van alcohol en andere substanties;

³ Deze term komt uit de fysica en duidt op de eigenschap van materialen die hen in staat stelt hun oorspronkelijke toestand weer aan te nemen na een schok of een aanhoudende druk. Als het gaat over de geestelijke gezondheid, duidt veerkracht op de capaciteit van het individu om trauma's te boven te komen. Het betreft een dynamisch proces dat dus nooit voorgoed wordt verworven.

- hopeloosheid;
- impulsieve en/of agressieve neigingen;
- verleden van trauma's of misbruik;
- bepaalde ernstige lichamelijke ziektes;
- eerdere zelfmoordpoging;
- familiegeschiedenis van zelfmoord.

Omgevingsrisicofactoren:

- jobverlies of financieel verlies;
- relationeel of sociaal verlies;
- eenvoudige toegang tot dodelijke middelen;
- lokale zelfmoordclusters die een besmettelijk effect hebben.

Socioculturele Risicofactoren:

- gebrek aan sociale ondersteuning en gevoel van isolement;
- stigma geassocieerd met hulpzoekend gedrag;
- obstakels bij de toegang tot gezondheidszorg, vooral inzake geestelijke gezondheid en behandeling van substantiemisbruik;
- bepaalde culturele en geloofsovertuigingen (bijvoorbeeld de overtuiging dat zelfmoord een nobele oplossing is voor een persoonlijk dilemma);
- blootstelling aan, ook via de media, en beïnvloeding door anderen die gestorven zijn door zelfmoord.

Beschermende factoren tegen Zelfmoord

- doeltreffende klinische verzorging voor mentale en fysieke stoornissen en stoornissen door substantiemisbruik;
- eenvoudige toegang tot uiteenlopende klinische interventies en ondersteuning bij het zoeken naar hulp;
- beperkte toegang tot uitermate dodelijke zelfmoordmiddelen;
- sterke familiebanden en steun van de gemeenschap;
- ondersteuning door aanhoudende medische en geestelijke gezondheidsrelaties;
- vaardigheden om problemen en conflicten op te lossen, en op een geweldloze manier met ruzies om te gaan;
- culturele en religieuze overtuigingen die zelfmoord ontmoedigen.

Positieve weerstand tegen zelfmoord is echter niet permanent, dus programma's die bescherming tegen zelfmoord stimuleren en onderhouden, zouden aangehouden moeten worden."

Algemeen beschouwd lijkt **de ontwikkeling van de psychosociale vaardigheden** een erkende en doeltreffende algemene "beschermings"-strategie.

"De psychosociale vaardigheden zijn het vermogen van een persoon om efficiënt in te spelen op de eisen en de beproevingen van het dagelijks leven. Het is de bekwaamheid van een persoon om een toestand van geestelijk welzijn te behouden, door een gepast en positief gedrag aan te nemen in zijn relaties met de anderen, zijn eigen cultuur en zijn omgeving. De psychosociale vaardigheden spelen een belangrijke rol in de bevordering van de gezondheid in de ruimste zin, in termen van fysiek, mentaal en sociaal welzijn. Meer bepaald, als de gezondheidsproblemen verbonden zijn aan een gedrag, en als het gedrag verbonden is aan een onmogelijkheid om efficiënt te reageren op stress en op de druk van het leven, zou de verbetering van het psychosociaal vermogen een belangrijk element kunnen zijn in de bevordering van de gezondheid en het welzijn, aangezien het gedrag een steeds belangrijker rol speelt in de oorsprong van de gezondheidsproblemen" (WGO, 1993). "Het is cruciaal de mensen in staat te stellen om te gaan met alle stadia van hun leven en zich voor te bereiden om trauma's en

chronische ziektes het hoofd te bieden. Dat werk moet mogelijk gemaakt worden in de schoolomgeving, het gezin, de werkomgeving en de gemeenschap, en er moet actie worden ondernomen door tussenkomst van de educatieve, professionele, commerciële en vrijwilligersorganisaties en in de instellingen zelf...” (WGO, Verdrag van Ottawa, 1986).

Afhankelijk van de leeftijdsgroepen kunnen andere specifieke risico- en beschermende factoren significant zijn. De zopas vernoemde factoren zijn echter algemene en algemeen aanvaarde risico- en beschermende factoren. Andere kunnen worden overwogen in het kader van een preventieprogramma dat zich richt op een welbepaalde bevolkingsgroep.

“De informatie over risico- en beschermende factoren voor zelfmoordpogingen is beperkter dan die over zelfmoord. Een van de problemen bij het bestuderen van niet-fataal suïcidaal gedrag is het gebrek aan consensus over wat suïcidaal gedrag precies inhoudt (O’Carroll et al., 1996). Moet zelfverminking waarbij er geen intentie is om te sterven als suïcidaal gedrag worden beschouwd? Als de intentie kenmerkend is voor suïcidaal gedrag, hoe kunnen we dan de intentie van een persoon om te sterven kwantificeren? Het gebrek aan eensgezindheid over dat soort zaken maakt het moeilijk om geldig onderzoek te verrichten. Bijgevolg is het nog niet mogelijk met zekerheid te zeggen dat de risico- en beschermende factoren voor zelfmoord en niet-fatale vormen van zelfverminking dezelfde zijn. Volgens sommige auteurs is dat wel het geval, terwijl andere verschillen aanhalen (Duberstein et al., 2000; Linehan, 1986).” (*Suicide Prevention Ressource Center*)

4.1.3. Antidepressiva: risicofactor?

Het al dan niet bestaan van een verband tussen Selectieve Serotonine Heropname Remmers (SSRI’s) (een type antidepressiva) en zelfmoord is het onderwerp van talloze debatten. In een artikel van het tijdschrift voor *evidence based medicine* “Minerva” (februari 2006) stelt een Belgische specialist: “SSRI’s worden beschouwd als effectief en veilig voor de behandeling van tal van aandoeningen. Sinds 1990 bestaat er echter ongerustheid over een mogelijke associatie van SSRI’s met suïcidaliteit. Intussen werd een dergelijk verband aangetoond in een systematische review van placebogecontroleerde RCT’s (*Randomized controlled trials*) bij kinderen”. (Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data, *Lancet* 2004, 363: 1341-5).

“RCT’s en systematische reviews bij volwassenen komen tot tegenstrijdige besluiten en kampen met een tekort aan statistische power of andere methodologische tekortkomingen”. Uit twee recente meta-analyses die het verhoogde zelfmoordrisico evalueren bij volwassenen die behandeld werden met SSRI’s blijkt dat: “die twee systematische reviews wijzen op een mogelijk verhoogd risico van zelfmoordpogingen bij volwassenen die worden behandeld met een SSRI voor om het even welke indicatie. Daarom is het aan te bevelen om de indicatie voor het voorschrijven van SSRI’s zorgvuldig te overwegen en patiënten die hiermee worden behandeld nauwgezet op te volgen”.

“Een verklaring voor een mogelijke relatie tussen SSRI’s en suïcidaliteit is misschien het (motorisch) activerende effect in een periode waarin nog geen duidelijke stemmingsverbetering is opgetreden, of de agitatie die vooral in het begin van de behandeling zelfmoordgedachten kan verergeren en zelfmoordpogingen kan uitlokken”.

Bij kinderen en adolescenten, is het dus primordiaal dat de professionele zorgverstrekker die de patiënt behandelt nadrukkelijk verwittigd en opgeleid is om op tijd de eerste tekenen van depressie te herkennen en dus ook de symptomen van risico op zelfmoord. De aanpak van dergelijke symptomen moet gebeuren aan de hand van een pluridimensionele benadering (kind, gezin, school, omgeving, medicatie) en vereist een behandeling door een specialist (kinderpsychiater). Die zal het kind of de adolescent van zeer nabij opvolgen om elke poging tot

zelfmoord te voorkomen. Tijdens de psychologische ontwikkelingsfase zijn bij kinderen en adolescenten de mechanismen van zelfbeheersing en impulsiviteitsbeheersing namelijk nog erg beperkt, zodat de mogelijkheid dat men tot de daad overgaat voortdurend in de gaten gehouden moet worden.

Bij de ouderen, stellen we hetzelfde fenomeen vast van verlies van zelfbeheersing, maar dit keer veroorzaakt door invalidering. Een nauwgezet toezicht tijdens de behandeling is dus ook hier aangewezen.

Bij de volwassenen, “moet er in de opbouwfase van een behandeling met SSRI’s voor om het even welke indicatie, een intensieve opvolging met frequente consultaties en inschakeling van omgeving of andere hulpverlening worden voorzien. Recente twijfels over de validiteit van studies die de werkzaamheid van antidepressiva (zowel SSRI’s als TCA’s) aantonen, onderschrijven tevens de nood aan zorgvuldige indicatiestelling (Moncrieff et al., 2005). “In eerste instantie dienen ook evidence-based psychosociale interventies, rekening houdende met de voorkeur van de patiënt, te worden overwogen.”

We willen ook opmerken dat men moet vermijden enkel een angstwerend middel voor te schrijven om een depressie te behandelen. In dat geval kan het dat, hoewel het stemmingsniveau niet voldoende hersteld is, de algemene angst van de patiënt is afgenomen, waardoor hij overgaat tot zelfmoord, uitgevoerd in een klimaat van grotere “sereniteit”.

Het is algemeen bekend in de klinische praktijk, en alle studies wijzen in die richting, dat wanneer er medicatie wordt voorgeschreven, een minimum aan psychosociale opvolging de vooruitzichten verbetert. In bepaalde gevallen draagt een aangepaste psychotherapie eveneens bij tot die verbetering. De doeltreffendheid van de verschillende psychotherapeutische oriëntaties die algemeen erkend en gevalideerd zijn wordt voorgesteld in een vorig rapport van de HGR “Psychotherapieën: definities, praktijk en erkenningsvoorwaarden”⁴.

In elk geval moet men erop toezien dat de toegang tot antidepressiva niet wordt overgelaten aan de patiënt. Er moet steeds een controle van de inname worden verzekerd.

De identificatie van de risico- en beschermende factoren is belangrijk voor de preventie van zelfmoord en depressies. Een overzicht van die factoren zou overgemaakt kunnen worden aan alle professionele zorgverstrekkers die met de zelfmoord- of depressieproblematiek te maken kunnen krijgen.

⁴ Het rapport is raadpleegbaar op de website van de HGR, onder de rubriek “Adviezen en aanbevelingen”, in de zoekmachine sorteren op “psychotherapie” - www.health.fgov.be/CSH_HGR/

4.2. Mentale stoornissen en zelfmoord⁵

4.2.1. Verband tussen mentale stoornissen en zelfmoord

Zoals werd aangetoond in het vorige punt, vormen mentale stoornissen een belangrijke risicofactor voor zelfmoord. De psychiatrische aandoeningen die doorgaans worden geassocieerd met zelfmoord zijn depressieve toestanden, angstgevoelens, acute of chronische psychotische toestanden en psycho-organische toestanden van dementie of verwarring. Inname van toxische middelen, alcohol of andere, bij gelegenheid of georganiseerd door overmatig gebruik of verslaving, die samenvalt met een pathologie uit as I of as II van DSM-IV, kan een belangrijke risicofactor inhouden.

Uit studies bij nabestaanden van overledenen blijkt dat personen die een einde hebben gemaakt aan hun leven, in de maanden of jaren voorafgaand aan hun fatale zelfmoordpoging symptomen vertoonden van psychiatrische stoornissen zoals:

- ernstige depressie
- andere stemmingsstoornissen, zoals bipolaire stoornis
- schizofrenie
- angstgevoelens, gedragstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen
- impulsiviteit
- gevoel van onmacht

Als verschillende stoornissen samen voorkomen, verhoogt het risico.

Wat **schizofrenie** betreft, is het risico op zelfmoord groter bij mannelijke patiënten, in de eerste stadia van de ziekte, vooral bij patiënten die bijzonder dynamisch zijn voordat de ziekte wordt vastgesteld, en bij patiënten die chronisch hervallen. Doorgaans houdt men het op 10 tot 13 % overlijdens door zelfmoord bij schizofrenen, terwijl 18 tot 55 % een zelfmoordpoging zou ondernemen.

Het zelfmoordrisico ligt eveneens hoger bij personen die lijden aan **bipolaire stoornissen**. Dit gaat uiteraard niet enkel over de periodes van majeure depressie, dan wel over de wisselende gemoedstoestanden, die onvoorspelbaar zijn. Medicatietrouw, therapietrouw en comorbiditeit spelen hierbij een belangrijke rol.

Daarnaast is algemeen bekend dat **problemen verbonden aan alcohol of drugs** het risico op zelfmoord vergroten, vooral bij jongeren. Er bestaan biologische, psychologische en sociale verklaringen voor de correlatie tussen substantiemisbruik en zelfmoord. Bovendien is er ook een verband tussen dit soort misbruikgedrag en depressie, of die er nu de oorzaak van is (het misbruik is in dat geval de “oplossing via zelfmedicatie” van de persoon) of het gevolg (het overmatig gebruik leidt hier tot een depressie). In tegenstelling tot de depressieve stoornissen, heeft alcoholverslaving pas in een later stadium van de ziekte een invloed op zelfmoord, en vaak op een ogenblik waarop andere factoren een rol gaan spelen (breuk, jobverlies, maatschappelijke marginalisatie, lichamelijke achteruitgang...).

Depressie is de psychiatrische stoornis die het vaakst met zelfmoord wordt geassocieerd. Volgens bepaalde studies vertonen 80 % van de personen die een zelfmoordpoging ondernemen meerdere symptomen van depressie (WGO, 2001). Uit verschillende studies (CREMNITER et al., 1998, LEJOYEUX et al., 1994, FAWCETT et al. 1990) blijkt dat zelfmoord nauw verbonden is met psychiatrische aandoeningen en dat depressie, ongeacht de stoornis, doorgaans de laatste rechte lijn naar zelfmoord is.

De kwantitatieve evaluatie van de bestaande verbanden tussen depressie en zelfmoord berust echter op een schatting. De redenen daarvoor zijn methodologisch van aard: enerzijds worden de gegevens retrospectief verzameld en het is niet altijd eenvoudig om na te gaan in welke mate de persoon die zelfmoord pleegde depressief was. Anderzijds verschillen de methodes voor het vaststellen van de depressie en de drempels die worden gehanteerd. Depressie is een

⁵ Dit gedeelte is grotendeels gebaseerd op het rapport *Depressie: Stand van zaken in België, elementen voor een gezondheidsbeleid*, K. Bayingana, & J. Tafforeau, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2002.

belangrijke risicofactor voor zelfmoord, vooral bij adolescenten en ouderen. Wie op latere leeftijd in zijn leven een depressie ontwikkelt, loopt een hoger risico op zelfmoord. Daarnaast verhogen een depressieve terugval en de comorbiditeit met andere stoornissen zoals angstgevoelens het risico op zelfmoord (Angst et al., 1999).

Er bestaan eveneens verschillen in de vorm die depressie kan aannemen, in functie van de leeftijd: kinderen en jongeren geven meer dan volwassenen uiting aan hun depressie, zowel wat de school betreft (aanwezigheid en resultaten), als in hun gedrag (geweld, gebruik van alcohol en psychotrope middelen). Ze hebben eveneens de neiging om meer te gaan eten en slapen. Bepaalde eetstoornissen (anorexia) kunnen echter eveneens in verband gebracht worden met een verhoogd risico op zelfmoord.

Depressie bij ouderen verdient bijzondere aandacht. Hoewel depressies vaak voorkomen bij ouderen, en dan vooral bij vrouwen, zijn ze in deze leeftijdsgroep moeilijker op te sporen en vast te stellen. Een gedetailleerdere verklaring voor dit fenomeen bevindt zich in bijlage.

Men heeft eveneens verschillen kunnen vaststellen in de vorm die een depressie kan aannemen in functie van het geslacht: mannen doen minder vaak een beroep op hulp uit de medische wereld dan vrouwen (die meer geneigd zijn een dokter te raadplegen door hun moederrol en door een culturele “aanleg” om onder woorden te brengen wat ze voelen). Depressie bij het mannelijke geslacht is dus moeilijker op te sporen. Bovendien wordt depressie bij mannen vaak in verband gebracht met gewelddadig gedrag en substantiemisbruik.

Zelfmoord vormt zonder twijfel de ernstigste complicatie van depressie. Hoewel zelfmoord wordt beschouwd als een daad met vele oorzaken, blijft de groep met het hoogste risico die van de depressieve patiënten.

De aanwezigheid van bepaalde risicofactoren die werden besproken in het voorgaande gedeelte, verhoogt het risico om tot zelfmoord over te gaan bij personen die lijden aan depressie (Stoff et al., 1997). Daarbij komen nog de klinische en evolutieve kenmerken van de depressieve periode (type depressie, ernst, aanwezigheid van een comorbide pathologie, persoonlijke voorgeschiedenis van zelfmoordpogingen). Wat de biologische factoren betreft, lijkt de afname van de serotonineactiviteit een element te zijn dat het overgaan tot een gewelddadige zelfmoord bevordert (Stoff et al., 1997). Dopamine zou een potentiële rol spelen in de biologie van zelfmoord bij depressie (Pitchot et al., 2001).

De vaststellingen over het verband tussen mentale stoornissen en zelfmoord tonen duidelijk aan dat een vroegtijdige diagnose en een adequate behandeling van de mentale stoornissen een efficiënte strategie vormen in de strijd tegen zelfmoord.

Het belang van die conclusie wordt nog essentiëler aangezien, zoals blijkt uit de ESEMeD-studie (cf. 3.1.), bijna een Belg op drie in de loop van zijn leven te maken heeft gehad met een mentale stoornis, en bijna één op tien in de loop van het jaar voorafgaand aan de studie.

Een laatste aspect aangaande mentale stoornissen loont de moeite om geanalyseerd te worden in het kader van dit rapport. Het gaat om het zorggebruik en de behandeling van mentale stoornissen. Er werd namelijk aangetoond dat de prevalentie van mentale stoornissen in België hoog ligt en dat die stoornissen een hoge risicofactor op zelfmoord inhouden. Het is dus aangewezen een analyse te maken van het zorggebruik en de behandeling van die stoornissen.

4.2.2. Zorggebruik en behandeling van mentale stoornissen

De ESEMeD-studie heeft zich ook over dit aspect van de problematiek gebogen. We hernemen de resultaten van die studie:

- “Zorggebruik” wordt in de ESEMeD-enquête omschreven als het feit in de 12 maanden voorafgaand aan het interview minstens één keer een professionele hulpverlener te hebben geraadpleegd wegens emotionele of mentale problemen: 33 % van de personen met minstens één mentale stoornis raadpleegden een professionele hulpverlener.
- Zorggebruik in functie van het type stoornis: bij de personen die een hulpverlener raadpleegden, stellen we verschillen vast in functie van het type stoornis: 43 % bij stemmingsstoornissen, tegenover 38 % bij angstgevoelens en 17 % bij een alcoholgerelateerde stoornis.
- Tot 77 % van de personen die professionele hulp zoeken op psychisch vlak doen dat bij hun huisarts, eventueel in combinatie met een psycholoog, psychiater of psychotherapeut.
- Wie meer dan één stoornis vertoont, doet vaker een beroep op een professionele hulpverlener.
- Een niet te verwaarlozen aantal personen die niet beantwoorden aan de criteria van de stoornissen, vragen niettemin hulp voor emotionele problemen (6 %).
- Vrouwen doen dubbel zo vaak een beroep op een professionele hulpverlener dan mannen.
- De leeftijdscategorieën van 18 tot 24 (en de 65+’ers) doen het minst vaak een beroep op professionele hulp om emotionele redenen.

De conclusie van dit deel van de studie luidt dus dat in België het zorggebruik van mensen met een mentale stoornis beperkt is. Bovendien heeft een aanzienlijk deel van de personen die hulp zochten geen geschikte behandeling gekregen.

Wat de behandeling van de stoornissen betreft, leert de studie ons het volgende:

- Een louter medicamenteuze behandeling komt het vaakst voor: 34,9 % van de personen die professionele hulp inriepen om emotionele redenen wordt enkel met medicijnen behandeld, bij personen die lijden aan alcoholgerelateerde en stemmingsstoornissen ligt dat percentage nog hoger.
- 26,9 % van deze personen krijgt enkel een psychologische behandeling, bij personen met angstgevoelens ligt dat percentage nog hoger.
- 13,8 % van de personen die hulp vragen om emotionele redenen krijgt een combinatie van medicamenteuze en psychologische behandeling.
- 24,4 % ten slotte krijgt geen enkele behandeling. Eén persoon op vier met een mentale stoornis heeft dus geen toegang tot professionele hulp.

De auteurs komen tot de volgende conclusie:

*“Besloten kan worden dat onze bevindingen een grote maatschappelijke waarde hebben: niettegenstaande België een breed zorgaanbod heeft voor emotionele problemen en mentale stoornissen, geven de ESEMeD-gegevens onbetwistbaar aan dat het gebruik hiervan suboptimaal en eerder ongedifferentieerd is: **niet enkel wordt slechts door een minderheid professionele hulp gezocht, bovendien krijgt een aanzienlijk deel van deze personen geen enkele vorm van behandeling.** Concreet betekent dit dat van de 100 personen met een mentale stoornis er 33 professionele hulp opzoeken, die voor slechts 27 personen eindigt in een behandeling.[...] De vaststelling dat 6 tot 8 personen op 10 met een mentale stoornis niét tot behandeling komt, wijst erop dat de weg naar de geestelijke gezondheidszorg een aantal drempels kent die remmend werken, zoals attitudes ten aanzien van mentale gezondheid, de toegankelijkheid van de voorzieningen, socio-economische overwegingen of de mate waarin men zelf vindt hulp nodig te hebben”.* (Bruffaerts et al., 2004)

De bevordering van de geestelijke gezondheid en van het zorggebruik bij mentale stoornissen, de strijd tegen de stigmatisering van die stoornissen en de toegankelijkheid van de zorg vormen dus de belangrijkste pijlers van een beleid dat het aantal depressies en zelfmoorden wil doen dalen.

4.3. Zelfmoordpoging en belang van de opvolging

Een zelfmoordpoging vormt de belangrijkste voorspeller van fataal suïcidaal gedrag. Anders gezegd, dat iemand probeert een einde te maken aan zijn leven, vormt de meest geschikte variabele om een zelfmoordpoging te voorspellen die uitmondt in de dood van die persoon.

Bijna 10 % van de zelfmoordpogingen kennen een fatale afloop. De risico's liggen hoger in de zes maanden die volgen op de zelfmoordpoging. Een voorafgaande zelfmoordpoging verhoogt dan wel het risico op zelfmoord, maar bij de meerderheid van de geslaagde zelfmoorden is er van een voorafgaande poging geen sprake.

Volgens een studie uit 1998 van *La Coordination des Urgences*, de *Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale* en *Le département "Adolescence" du Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles*, leidde slechts één zelfmoordpoging op zes naar de dienst spoedgevallen van een ziekenhuis: in twee derde van de gevallen werd de patiënt daar trouwens niet onderzocht door een psychiater. In totaal beweert dus slechts 5,68 % van het totale aantal zelfmoordenaars dat ze na hun poging werden onderzocht door een psychiater of een psycholoog.

Als we weten hoe belangrijk een onmiddellijke en intensieve opvolging van zelfmoordpogingen is op het gebied van secundaire preventie, is deze vaststelling erg verontrustend.

Dezelfde enquête vermeldt dat globaal gezien op het ogenblik van de enquête de algemene ziekenhuizen nauwelijks specifieke formele procedures hebben ontwikkeld om zelfmoordpogingen op een adequate manier aan te pakken.

Indien de psychiatrische symptomatologie niet ernstig is of indien de zelfmoordpoging somatisch gezien geen te zware gevolgen heeft, wordt de liaisonpsychiater vaak niet eens ingeschakeld. Patiënten worden dan ook vaak terug naar huis gestuurd zonder dat er rekening werd gehouden met hun psychisch lijden. We weten nochtans dat iedere zelfmoordpoging, zelfs als ze geen belangrijk medisch risico inhoudt, ernstig genomen moet worden omdat ze de uitdrukking is van een reële ontredde, een psychische morbiditeit die mogelijk blijft aanhouden. Door niet meteen te handelen raken bovendien de psychologische affecten opgewekt door de zelfmoordpoging verdund. De patiënt onthoudt dat de aanpak afhangt van de ernst van het somatisch "affect". Het gevolg is een vergrote omvang van de somatische schade bij eventuele nieuwe pogingen.

We weten bovendien dat een aanzienlijk aantal personen dat een zelfmoordpoging heeft ondernomen niet naar de consultaties met de psycholoog/psychiater/psychotherapeut gaat nadat ze bij de afdeling spoedgevallen zijn langsgeweest. Dat komt doordat de therapeutische opvolging moet worden voorbereid en dat gebeurt slechts zelden na een eenmalige en korte interventie op de spoedgevallendienst. Indien er geen opvolging is, ligt het risico op recidief echter hoog. Zodra hij opnieuw terechtkomt in zijn leven van voordien, zal de persoon opnieuw geconfronteerd worden met zijn problemen en zijn onbehagen; en de kans is groot dat dezelfde oorzaken uitmonden in dezelfde gevolgen.

Het aantal recidivisten ligt hoog na een eerste zelfmoordpoging en stijgt exponentieel na de derde, en dat hoofdzakelijk bij personen voor wie geen enkele opvolging werd voorzien. Dat verschijnsel is des te zorgwekkender daar de sterfttekans stijgt naarmate het aantal pogingen; de wanhopige neemt namelijk zijn toevlucht tot steeds gewelddadigere middelen.

Aangezien een zelfmoordpoging wat het voorspellen betreft de duidelijkste en de meest significante risicofactor is van fataal zelfmoordgedrag, moeten we bijzondere aandacht besteden aan de aanpak en de opvolging ervan. Temeer daar, zoals in het volgende hoofdstuk zal worden aangetoond, de acties die de kwaliteit van de aanpak en de opvolging van zelfmoordpogingen moeten optimaliseren, bijzonder doeltreffend blijken te zijn. Een systematisering van de psychosociale aanpak van de zelfmoordenaars in ons land is van kapitaal belang.

4.4. Toegang tot middelen

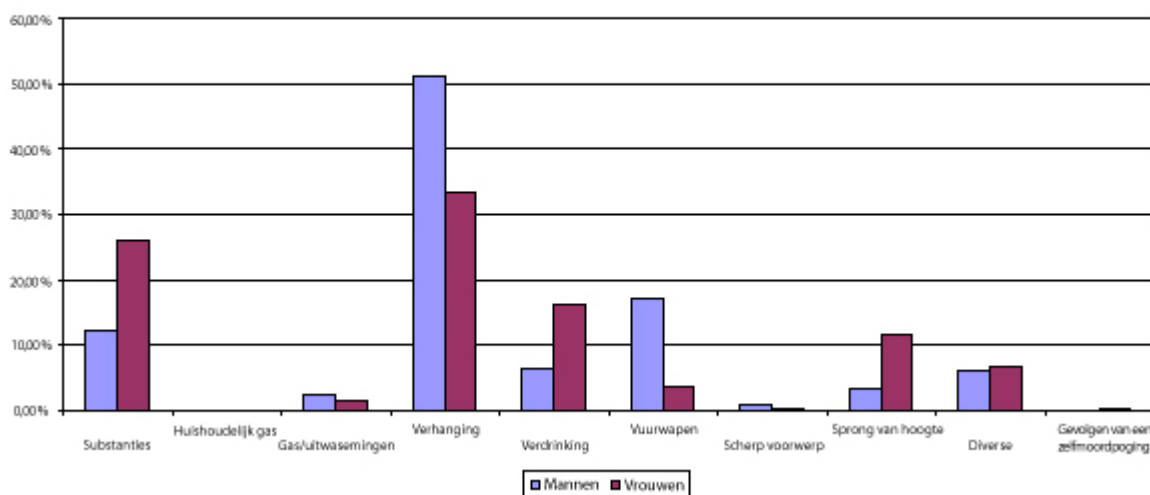
Volgens bepaalde studies heeft de toegang tot middelen om zelfmoord te plegen een doorslaggevend effect op de zelfmoordgraad. De studie van dit fenomeen had vooral betrekking op de vuurwapens; men heeft een hoge sterftegraad door zelfmoord vastgesteld bij personen die kort voordien een wapen hadden gekocht (Wintemute et al., 1999). Van alle personen die in 1997 in de Verenigde Staten overleden als gevolg van verwondingen door een vuurwapen, had 54 % zelf voor de dood gekozen (Rosenberg et al., 1999).

Ook alcoholgebruik (met name in de Russische federatie en in de Baltische staten) en vrije toegang tot bepaalde giftige substanties (in China, India en Sri Lanka, bijvoorbeeld) en vuurwapens (in El Salvador en de Verenigde Staten, bijvoorbeeld) blijken, volgens de studies die totnogtoe werden uitgevoerd, met zekerheid verband te houden met het aantal zelfmoorden in alle landen, zowel de geïndustrialiseerde als de ontwikkelingslanden. We wijzen er nogmaals op dat er achter de globale cijfers belangrijke verschillen kunnen schuilgaan, bijvoorbeeld tussen het platteland en de verstedelijkte gebieden (dat is het geval in China en in Iran).

Een ander aspect van deze vaststelling inzake het verband tussen depressie en zelfmoord betreft het middel dat werd gebruikt om de daad te plegen: de antidepressiva die werden voorgeschreven voor de behandeling van de depressie worden soms gebruikt om zelfmoord te plegen. Volgens een studie uit Zweden, zou 4,4 % van de zelfmoorden (232/5.281) het gevolg zijn van een aanzienlijke inname van antidepressiva (74). Die vaststelling gaat echter slechts op voor een minderheid van de zelfmoorden en antidepressiva zijn niet de enige medicatie die bij zelfmoordpogingen wordt gebruikt. De ernstigste problemen die zich voordoen bij antidepressiva zijn de ontoereikende behandeling (*undertreatment*) en het mislukken van de behandeling, veeleer dan een overdosis door middel van die medicatie.

Het is ook zo dat, terwijl in bepaalde landen zoals de Verenigde Staten of Colombia de toegang tot middelen zoals vuurwapens een reëel probleem vormt, de toestand er bij ons aanzienlijk anders uitziet. De tabel hieronder geeft de in België gebruikte middelen weer. Hij toont aan hoe moeilijk het is de toegang tot de middelen te beperken aangezien de middelen die het vaakst worden gebruikt middelen zijn die ook in het dagelijks leven worden gebruikt.

Figuur 6: Vergelijking tussen de geslachten van de percentages van de gebruikte middelen in 1995.



Hoewel het resultaat van deze studies niet betwist kan worden, lijkt volgens velen hun nut op het vlak van preventie, maar vooral hun reële doeltreffendheid om een dermate complex verschijnsel als zelfmoord een halt toe te roepen, relatief beperkt in de tijd en ze maken het in ieder geval niet mogelijk het onderwerp in heel zijn complexiteit te bevatten. Acties inzake de beschikbaarheid van middelen lopen het risico wel een invloed te hebben op de uitwendige oorzaken bij het overgaan tot de daad, zonder rekening te houden met de andere factoren. Er moet wel aandacht besteed worden aan de beschikbaarheid van middelen, maar die moet geïntegreerd worden in een globaal beleid waarin een groot aantal strategieën worden opgenomen.

4.5. Centrale rol van de professionele eerstelijnszorg

Zoals reeds vermeld in punt 4.2.2. “Zorggebruik en behandeling van mentale stoornissen”, toont de ESEMeD-studie, zoals trouwens ook andere studies, aan dat de eerstelijnszorg een bevoorrechte plaats inneemt. Vooral de huisarts is een referentiepersoon in het Belgische gezondheidssysteem. Patiënten doen vaker een beroep op hem dan op specialisten, zelfs voor problemen op het vlak van geestelijke gezondheid.

De verstrekkers van professionele eerstelijnszorg spelen dus een centrale rol in de zelfmoordpreventie, in die zin dat ze makkelijker zorgwekkende signalen kunnen vaststellen en ze bespreken met de patiënt en/of zijn omgeving. De WGO heeft hieromtrent een zeer interessant document gepubliceerd om hen bewust te maken van die problematiek en om hen te helpen bij de diagnose en de aanpak: “Preventing Suicide: a resource for primary health care workers”.

De aanpak van patiënten die lijden aan mentale stoornissen of die suïcidale gedachten hebben, vraagt uiteraard meer tijd dan de gebruikelijke duur van een klassieke consultatie. De voorgaande pagina’s hebben het belang aangetoond van een vroegtijdige aanpak van die pathologieën. Het is dus absoluut noodzakelijk dat er een RIZIV-code wordt voorzien die aangepast is voor consultaties voor geestelijke gezondheid. Daar werd ook op aangedrongen in

een voorgaand rapport van de HGR, Nr. 7814 "Ondersteuning huisartsen, eerstelijns hulp inzake geestesgezondheid"⁶.

"Het is duidelijk dat een huisarts geen tijd heeft om tijdens een consultatie van 10 tot 15 minuten op een correcte manier zijn eerstelijnsopdracht te vervullen als zijn patiënt aan psychologische of zelfs psychiatrische stoornissen lijdt. Er wordt voorgesteld dat de specifieke consultatie die een huisarts verricht wanneer hij een patiënt met dergelijke stoornissen ontvangt, financieel zou worden geherwaardeerd. Een dergelijke consultatie, die langer duurt dan een gewone, zou "een medische en psychosociale consultatie" genoemd kunnen worden.

Er zou sprake zijn van zo'n consultatie indien die één of meer van de volgende elementen omvat:

- een evaluatie van de medische en psychosociale toestand van de patiënt;
- een diagnose van de medische en psychosociale toestand (geïntegreerd en globaal);
- een psychologisch gerichte opvang waarbij eventueel:
 - verwezen wordt naar een psychotherapie
 - psychotrope geneesmiddelen worden voorgeschreven
 - verwezen wordt naar een psychiater
- een langere consultatie (+/- 40 minuten, bijvoorbeeld);
- multidisciplinaire contacten.

De huisarts die wil aansluiten bij dergelijke medische en psychosociale consultaties zou, naast zijn basisopleiding van specialist in de geneeskunde, uiteraard ook

- een voortgezette opleiding in het domein moeten volgen
- moeten aansluiten bij een multidisciplinair verzorgingsnetwerk voor geestesgezondheid."

De rol van de huisarts in deze problematiek is dermate belangrijk dat er reeds verschillende initiatieven werden ontwikkeld om zijn deskundigheid terzake te vergroten of om hem te helpen in zijn praktijk. Die initiatieven worden voorgesteld onder punt 5.

De huisarts blijft de meest geraadpleegde hulpverlener, zelfs bij emotionele problemen.

Hij speelt dan ook een sleutelrol:

- bij een vroegtijdige diagnose en de behandeling van depressie en andere mentale stoornissen;
- bij de zelfmoordpreventie;
- bij de opvolging van zelfmoordpogingen.

Hij moet evenwel kunnen beschikken over de middelen om die rol naar behoren uit te voeren (voortgezette vorming, ondersteuning, financiële herwaardering van medische en psychosociale consultaties...).

⁶ Het rapport is raadpleegbaar op de website van de HGR, onder de rubriek "Adviezen en aanbevelingen", in de zoekmachine sorteren op "huisartsen" - www.health.fgov.be/CSH_HGR/.

4.6. Aanpak door de spoeddiensten

In België hangt de kwaliteit van de opvang en de aanpak van zelfmoordpatiënten bij de spoeddiensten, alsook het voorkomen van herval, momenteel onder andere af van het ziekenhuis waarnaar de persoon die geprobeerd heeft zijn leven te beëindigen, is doorverwezen.

In vele gevallen wordt de persoon die een zelfmoordpoging doet, doorverwezen naar een spoeddienst. De somatische aanpak en de medische zorgen die worden toegediend bij deze opname verschillen niet in kwaliteit van de andere spoedgevallen, maar we weten dat de aanpak van een zelfmoordcrisis een reeks problemen met zich meebrengt waar bepaalde spoeddiensten geen of slecht rekening mee houden:

- ◆ **Een gebrek aan opleiding:** doordat hun theoretische kennis over het onderwerp ontoereikend is of doordat ze niet beschikken over praktische interventiemiddelen zoals een analyseschema, kan het verzorgend personeel de “sprekende” elementen uit een gesprek niet herkennen.
- ◆ **Onbeschikbaarheid:** de wachtdiensten worden overspoeld door spoedgevallen die veeleer psychiatrisch (of psychosociaal) dan medisch zijn. Door dat gebrek aan beschikbaarheid blijft de interventie vaak beperkt tot een vage nosografische diagnose en een beslissing tot opname in de afdeling psychiatrie (die eigenlijk niet nodig was) of tot het op consultatie sturen. De aandacht is daarbij enkel gericht op de “geïdentificeerde patiënt”, veeleer dan op het op gang brengen van een echte therapeutische opvolging waarbij het volledige systeem wordt betrokken.
- ◆ **Gebrekkige kennis van de middelen van het psychosociaal netwerk:** *“Werken met ambulante structuren en alternatieve oplossingen proberen te vinden, vraagt tijd; iets waarover wie slechts af en toe van wacht is, helemaal niet beschikt”* (De Clercq, 1997). Zo stellen we een gebrekkige samenwerking vast tussen de algemene ziekenhuizen en de andere professionele gezondheidszorgverstrekkers.
- ◆ **Negatieve tegenoverdrachtgevoelens** bij een zelfmoordpoging:
 - 1) De EHBO-artsen kunnen zich vervreemd voelen van hun gebruikelijke rol, slecht begrijpen wat van hen verwacht wordt of zich licht gemanipuleerd voelen. De kans bestaat dat ze ontredderd reageren en soms zelfs met een soort “sadistisch-bestrafende” agressiviteit (cf. hevige maagspoeling, hechting zonder verdoving, etc.).
 - 2) Het soms opgewonden, luidruchtig en agressief gedrag van deze patiënten kan een gevoel van “onnodige” overlast veroorzaken.
 - 3) Een ander aspect waardoor het verzorgend personeel een zeker onbehagen kan voelen tegenover deze patiënten heeft ermee te maken dat, enerzijds, psychisch lijden minder tastbaar is dan lichamelijk lijden en dat, anderzijds, de eventuele te verzorgen verwondingen werden toegebracht door de patiënt zelf.
 - 4) De rol van redder en de voldoening die doorgaans aanwezig zijn bij somatische spoedgevallen, komen in het gedrang bij een zelfmoordpoging. De eerste betekenis van die handeling drukt namelijk, uiterlijk althans, doodsverlangen uit.
 - 5) Het wordt de zelfmoordenaar niet makkelijk vergeven dat hij, via zijn zelfmoordhandeling, doodsfantasieën onderhoudt die zijn omgeving en het verzorgend personeel angst inboezemen. Als reactie daarop zullen die laatsten mogelijk hun agressiviteit tot uiting laten komen.
- ◆ **Stress, nerveuze vermoeidheid verbonden aan dit type problematiek**

Dat het absoluut noodzakelijk is te voorzien in een geschikt onthaal, een geschikte aanpak en een geschikte opvolging na behandeling in het ziekenhuis, blijkt uit verschillende studies en ervaringen.

Een zelfmoordpoging is de uiting van een ondraaglijk lijden waar de zelfmoordenaar ten allen prijze een einde aan wil maken. Door zijn handeling drukt hij (in de meeste gevallen) geen doodsverlangen op zich uit, maar een behoefte aan tot rust komen, die enkel de dood hem lijkt te kunnen bezorgen. Het is dus van belang dat men zich goed bewust is van dat proces, want het bepaalt welk antwoord men moet bieden op die zelfmoordpoging. Het lichaam verzorgen is namelijk niet voldoende: men moet eveneens de middelen ter beschikking stellen die het mogelijk maken het psychisch lijden te begrijpen en te verzachten dat heeft aangezet tot de daad. Als dat niet gebeurt, komt de zelfmoordenaar opnieuw terecht in zijn "leven van voordien", waar hij opnieuw te maken krijgt met zijn problemen en zijn onbehagen, en waarbij dezelfde oorzaken zeer waarschijnlijk zullen leiden tot dezelfde gevolgen.

Men moet dus een reële therapeutische begeleiding ter beschikking stellen van de zelfmoordenaar. Die moet, enerzijds, de intrapsychische en interpersoonlijke aspecten van de crisis trachten te ontcijferen en, anderzijds, proberen het uiten van de gevoelens en de moeilijkheden verbonden aan de suïcidale decompensatie te vergemakkelijken. Dat maakt het mogelijk voor de zelfmoordenaar om de betekenis van de crisis te plaatsen in zijn levensgeschiedenis, om de zich herhalende patronen op te merken waarmee hij en zijn omgeving te maken krijgen en, op basis daarvan, persoonlijke en familiale aanpassingen door te voeren. Men zal hierbij meer ingaan op de context waarin het symptoom aan de oppervlakte is gekomen dan op het symptoom op zich. Een dergelijke therapeutische begeleiding kan niet verzekerd worden door de spoeddienst. Toch moet hij die waarborgen dankzij verschillende samenwerkingen.

Voor de zelfmoordenaar, zijn familie en het ziekenhuispersoneel moet banalisering, dramatisering of ontkenning van de daad in elk geval vermeden worden zodat er naar oplossingen gezocht kan worden.

De afgelopen jaren hebben een aantal spoeddiensten de opvang en de aanpak van zelfmoordenaars aanzienlijk verbeterd. Er werden op informele wijze micronetwerken gevormd. Het is echter noodzakelijk die praktijken te veralgemenen en te systematiseren, zodat een patiënt nooit zomaar naar huis wordt gestuurd na een zelfmoordpoging, met als excuus dat zijn lichamelijke gezondheid hersteld is. Men zou ook werk kunnen maken van opleidingen voor bewustmaking van het spoedpersoneel en van ondersteuning om de stress weg te nemen die gepaard gaat met dit soort situaties.

4.7. De nabestaanden

4.7.1. Postventie: nabestaanden na zelfdoding

Nabestaanden na zelfdoding vormen wellicht de grootste en dikwijls vergeten groep i.v.m. zelfmoord. Voorzichtige schattingen zeggen dat per zelfdoding gemiddeld zes nabestaanden, wiens levens voor altijd zijn veranderd, achterblijven. Er komen jaarlijks een groot aantal nabestaanden bij. Het taboe op zelfmoord zet zich verder in een stigma op de nabestaanden. Zelf hebben ze vaak niet de energie om hulp of steun te zoeken en de omgeving weet vaak niet hoe te reageren. Veel nabestaanden vallen in hun rouwproces dan ook terug op zichzelf of een zeer kleine kring. Gevoelens van verdriet, wanhoop, schuld, schaamte, woede en de vraag "waarom?" komen frequent voor, zij het dat deze bij andere rouwendenden ook kunnen voorkomen. Postventie is de verzamelnaam voor de activiteiten, de zorg en de hulpverlening die met of voor

nabestaanden gebeuren met het doel hen te steunen, of te begeleiden in de zoektocht naar een nieuw evenwicht en zin in hun leven. Nabestaanden zijn een specifieke risicogroep voor zelfmoord. Postventie is dan ook preventie voor het komende decennium en voor de volgende generatie.

4.7.2. De hulpverlener als nabestaande

“Ook voor de hulpverlener is een zelfmoord een confrontatie, zowel op persoonlijk als op professioneel vlak. Hij kan overweldigd worden door de chaos van gevoelens waar nabestaanden mee geconfronteerd worden. Een zelfmoord blijft in het geheugen gegrift en kan het professioneel handelen nadrukkelijk en nog geruime tijd beïnvloeden. Het is belangrijk te beseffen dat ook de hulpverlener nazorg nodig kan hebben. Afhankelijk van de duur en de intensiteit van de relatie tussen de hulpverlener en de overleden patiënt, vertonen veel hulpverleners gelijkaardige emotionele reacties als familie en vrienden: verdriet, kwaadheid, angst, schuldgevoelens, en soms ook opluchting als aan de zelfmoord een lange lijdensweg voorafging.

Naast deze rouwreacties wordt ook de eigen professionele competentie in vraag gesteld. Een zelfmoord geeft vaak het gevoel van professioneel falen. Iedere nabestaande – en zeker de hulpverlener – blijkt te worstelen met de vraag of de zelfmoord voorkomen had kunnen worden en in hoeverre men zelf verantwoordelijk is voor het feit dat de zelfmoord toch heeft plaatsgevonden.

Praten over de zelfmoord met de eigen nabije omgeving en met andere hulpverleners, lijkt noodzakelijk om de verwerking van het gebeurde te versnellen. Bovendien kan de hulpverlener op die manier ten dele voorkomen dat het verleden het medisch handelen ongunstig gaat beïnvloeden bij nieuwe soortgelijke hulpvragen.

4.7.3. De rol van de huisarts na een zelfmoord

Als er een zelfmoord plaatsvindt, is de huisarts vaak een van de eersten die op de plaats van het gebeurde aanwezig is. De huisarts heeft in de contacten met de directe nabestaanden een sleutelpositie. Hij is vaak de aangewezen persoon om de nabestaanden op te vangen omdat hij de familie meestal goed kent. Hij kan de nabestaanden over formaliteiten inlichten. Het is aan te raden om als huisarts in deze periode actieve stappen te ondernemen naar de nabestaanden toe. Het afleggen van een huisbezoek binnen een korte tijd na de zelfmoord kan een grote steun betekenen. Het praten over de zelfmoord met andere betrokkenen is voor alle nabestaanden, inclusief de huisarts, belangrijk. Uit onderzoek (Van Dongen, 1991 en Gradat et al, 1996) blijkt dat de meeste nabestaanden na een zelfmoord een bezoek van de huisarts erg op prijs stellen. De arts dient er echter wel op bedacht te zijn dat nabestaanden vanuit boosheid en de neiging een schuldige te zoeken, agressief kunnen reageren. Toch is deze reactie niet gebruikelijk en wordt het samen verdriet hebben meestal als positief ervaren. Dit kan de huisarts zélf ook helpen bij zijn verwerkingsproces.

Steun geven betekent vooral nabestaanden ruimte geven om over de zelfmoord, de verbijstering, het schuldgevoel, de schaamte, de opluchting en het isolement ten opzichte van de omgeving, te praten. Ook vooroordelen rond zelfmoord zouden openlijk besproken moeten kunnen worden.

De nabestaanden kunnen aangemoedigd worden zelf contact te zoeken met anderen en steun te vragen. De omgeving heeft immers vaak de neiging zich terughoudend op te stellen. De huisarts kan naast dit alles ook de wenselijkheid nagaan van een verwijzing naar een praatgroep voor nabestaanden.” (<http://www.zelfdoding.be>)

Uit studies blijkt duidelijk dat de nabestaanden van een persoon die zelfmoord heeft gepleegd, een belangrijke risicogroep voor zelfmoord vormen. Het is dan ook essentieel acties te ondernemen om die personen ondersteuning te bieden.

4.8. De media

Het is bekend dat de manier waarop men in de media zelfmoordgevallen voorstelt, aanleiding kan geven tot nieuwe gevallen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de verspreiding van informatie over een zelfmoord door de media een grotere invloed heeft op de gebruikte zelfmoordmethode dan de zelfmoordfrequentie zelf. Anderzijds kan duidelijke en goedgerichte informatie de kennis van het grote publiek over die problematiek vergroten en op die manier de beschermingsfactoren verstevigen.

De WGO geeft sinds enkele jaren een reeks aanbevelingen uit voor wie in de media werkzaam is. Die aanwijzingen hebben tot doel duidelijk te maken wat de impact is van reportages over zelfmoord, de betrouwbare informatiebronnen aan te geven, voorstellen te doen over hoe men over zelfmoord kan berichten zowel in algemene als in specifieke omstandigheden en aan te geven welke valstrikken te vermijden in een reportage over zelfmoord.

Algemeen beschouwd moet men rekening houden met de volgende specifieke zaken als men over zelfmoord bericht:

- de statistieken moeten omzichtig en correct geïnterpreteerd worden;
- veralgemeningen gebaseerd op kleine aantallen vereisen bijzondere aandacht, en termen als “zelfmoordgolf” of “de plaats met de hoogste zelfmoordgraad ter wereld” moeten vermeden worden;
- men mag zelfmoordgedrag niet voorstellen als een begrijpelijk antwoord op maatschappelijke en culturele veranderingen of op een recessie.
- zelfmoord mag niet worden voorgesteld als een methode om een oplossing te vinden voor persoonlijke problemen zoals een faillissement, niet slagen voor een examen of seksueel misbruik.
- de reportage moet rekening houden met de impact van zelfmoord op de families en de nabestaanden die getroffen zijn door psychologische en morele pijn.

De WGO raadt eveneens aan de informatie zo beperkt mogelijk te houden. Alles moet in het werk worden gesteld om overdreven verklaringen te vermijden. Foto's van de overledene, van de gehanteerde methode of van de plaats van de zelfmoord moeten vermeden worden.

5. REEDS ONDERNOMEN ACTIES IN BELGIE

De problematiek rond depressie, zelfmoord en preventie behoort tot het domein van de gezondheidszorg, materie die in België gedeeltelijk geregionaliseerd is. De initiatieven die werden opgestart, verschillen bijgevolg afhankelijk van de gemeenschappen en de gewesten.

Aan Nederlandstalige zijde was deze materie het onderwerp van een grootschalig debat en nam de overheid maatregelen. In december 2002 organiseerde de Vlaamse Overheid een Gezondheidsconferentie over dit thema (www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsconferentie). In 2003 werd een **actieplan** opgezet om tegen 2010 het aantal zelfmoorden met 8 % te doen dalen. Het aantal zelfmoorden doen dalen, behoort dus tot de prioriteiten van het gezondheidsbeleid in Vlaanderen.

In de Waals-Brusselse Gemeenschap en het Waalse Gewest, is er nog geen openbaar debat gehouden over deze problematiek. De verschillende projecten die er werden ontwikkeld zijn ofwel het gevolg van privé-initiatieven ofwel gesubsidieerd en opgezet op lokaal niveau (gemeentes, provincie...).

De presentatie hieronder wil dus geen exhaustieve inventaris opmaken van alle initiatieven die reeds werden genomen op alle machtsniveaus, maar op basis van de belangrijkste actielijnen verschillende voorbeelden bijeenbrengen van initiatieven die op dit domein reeds werden genomen.

5.1. Bevordering van de geestelijke gezondheid

De hieronder beschreven ervaring heeft tot doel jongeren te laten kennismaken met geestelijke gezondheid. Men biedt hen de kans om, via het Nederlandstalig onderwijs, in het kader van verschillende activiteiten kennis te maken met personen met mentale problemen. "Hoe anders is anders" is een project van de VVGG (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid) dat de stigma's rond geestesziekten wil doorbreken en jongeren de kans wil bieden zich een beter beeld te vormen over geestelijke gezondheid.

5.1.1. *Hoe anders is anders?: een ervaring van de Vlaamse Gemeenschap*

Opgestart door de VVGG in 1991, richt dit project zich op de jonge leerlingen uit alle richtingen van de laatste twee jaren van het middelbaar onderwijs.

Het doel van dit project is de jongeren te laten kennismaken met patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg aan de hand van verschillende activiteiten waaraan ze kunnen deelnemen. De interactie met de patiënten neemt een centrale plaats in, zodat de jongeren zich bewust kunnen worden dat de geestelijke gezondheidszorg geen gesloten wereld is, maar integraal deel uitmaakt van de maatschappij. Door samen met de patiënten activiteiten uit te oefenen en door verrijkende contacten te leggen, kunnen de jongeren hun angsten en vooroordelen overwinnen, elkaar ongeacht de verschillen beter leren kennen, en gelijkenissen ontdekken.

Hoe werkt het?

- Elk jaar bezoekt een vertegenwoordiger van de VVGG alle deelnemende klassen om informatie te geven over geestelijke gezondheid, zoals de verschillende geestelijke gezondheidsstoornissen, de behandelingen, en waar de instellingen voor geestelijke gezondheid zich bevinden. Elke leerling ontvangt een folder met de belangrijkste informatie, en de leerkrachten ontvangen een brochure met meer details.

- In tweede instantie gaat een patiënt of een familielid van de patiënt naar de klas om te praten over zijn persoonlijke ervaring met geestelijke gezondheid.
- Vervolgens wordt een project opgestart bij een groep patiënten die wonen in een centrum voor geestelijke gezondheid, een instelling of binnen een ziekenhuisstructuur. Die laatste hebben de mogelijkheid om deelname aan het project te weigeren, wat zelden gebeurt. Het project duurt drie opeenvolgende dagen.
- Op het einde van het schooljaar vindt er een conferentie plaats in Brussel, waar alle deelnemende leerlingen en patiënten samenkomen om hun projecten voor te stellen.

Die activiteiten zijn erg uiteenlopend, zoals het organiseren van een basketbaltornooi, de voorbereiding van een kerstfeest in een instelling, fietstochten, een tentoonstelling van schilderijen...

Tijdens het schooljaar 2003/2004 namen meer dan 1.500 jongeren uit 46 schoolinstellingen deel.

Zowel de jongeren als de patiënten hebben baat bij dit project. De patiënten kunnen aldus hun isolement doorbreken, niet alleen op fysiek, maar ook op sociaal en affectief vlak. De jongeren kunnen zich ontwikkelen, zowel op emotioneel als op sociaal en moreel gebied. Door om te gaan met psychiatrische patiënten gedurende de loop van het project, krijgen ze een beter beeld van mentale stoornissen. Dit project maakt duidelijk deel uit van de inspanningen om de stigmatisering van de geestesziekten een halt toe te roepen.

Het project "Hoe anders is anders" is een interessant initiatief om de geestelijke gezondheid te bevorderen en de stigmatisering van geestesziekten tegen te gaan.

5.1.2. Informatie en sensibilisering in verband met zelfmoord (Centrum ter Preventie van Zelfmoord/ Centre de Prévention du Suicide⁷)

Informereren en sensibiliseren over geestelijke gezondheid en zelfdoding gebeurt ook door het Nederlandstalig Centrum ter Preventie van Zelfmoord (CPZ) en het Franstalig *Centre de Prévention du Suicide* (CPS):

- beide beschikken over een gespecialiseerde bibliotheek over zelfdoding en de preventie ervan
- beide zorgen voor een verspreiding van brochures met info over zelfdoding en hoe ermee om te gaan
- beide doen aan sensibiliseringsacties

De sensibilisering van het publiek is belangrijk in het kader van de basispreventie. De eerste betrachting is de wet van de stilte te doorbreken, het taboe dat rond zelfmoord hangt het hoofd te durven bieden, en de vele voordelen die errond hangen aan te pakken.

Sensibiliseren betekent dus in de eerste plaats praten over zelfmoord; het is een ruimte creëren, een tijdstip, een plaats waar woorden, vragen, angsten en emoties tot uiting kunnen komen en gehoord kunnen worden.

Om haar doel te bereiken, moet preventie gekoppeld worden aan informatie: kwalitatieve informatie verspreiden via de media, colloquia, conferenties, debatten; met andere woorden onvermoeibaar simpele begrippen blijven herhalen, praten over levenservaringen of doodservaringen waarin iedereen, indien hij het toelaat, zichzelf of iemand anders kan herkennen.

⁷ Het CPZ en het CPS hebben een website www.zelfmoordpreventie.be en www.preventionsuicide.be met meer informatie over zelfdoding en de preventie ervan.

Die informatie richt zich tot iedereen, omdat iedereen op zijn niveau, in zijn leefwereld, in aanraking kan komen met de zelfmoordproblematiek. Het nut en de doeltreffendheid van basispreventie ligt in het feit dat de bevolking ze verder invult, waardoor op alle niveaus netwerken van contactpersonen ontstaan.

Het CPZ is momenteel bezig met onderzoek naar attitudes van Vlamingen tegenover zelfdoding.

Daarnaast organiseert het CPS elk jaar zijn “*Journées de la Prévention du Suicide en Communauté française de Belgique*”, een grootscheepse informatie- en sensibiliseringscampagne rond de zelfmoordproblematiek.

Die dagen zijn georganiseerd rond twee hoofdthema's:

Met de betrokken actoren van gedachten wisselen over de zelfmoorddaad en over de begeleiding van suïcidale personen in het kader van thematische studiedagen.

Het publiek sensibiliseren over de zelfmoordproblematiek aan de hand van ontmoetingen met professionele preventiewerkers rond vragen waar ze in hun eigen leven mee te maken hebben.

De studiedag en de ontmoeting met professionele preventiewerkers vindt traditioneel plaats rond 5 februari, een datum gekozen door verschillende internationale partners uit de Franssprekende gemeenschap (in Frankrijk, Zwitserland en Canada).

5.1.3. Sensibiliseringscampagnes voor het grote publiek in verband met depressie: Depressie in Vraag: twee campagnes van 30 radiospots opgezet door de Belgische Liga van de Depressie vzw

In 2004 vond de veertiendaagse van de depressie plaats van 15 tot 30 november rond het thema “Depressie in Vraag: 15 vragen - 15 antwoorden”. De campagne “Depressie in Vraag” heeft haar naam niet gestolen. Het doel van de actie was het publiek in te lichten en te sensibiliseren over wat depressie is, wat het niet is, wie erdoor getroffen kan worden, wat men wel en niet moet doen als men er ongewild toch mee wordt geconfronteerd.

De bedoeling was de mensen aan te sporen te gaan praten met wie hen doeltreffend kan helpen, en dus geenszins de mensen aan te sporen tot zelfdiagnose of onverantwoorde of onaangepaste behandelingen.

Het doelpubliek van de actie was wel degelijk de gehele Belgische bevolking. Dat verklaart de nieuwe structuur die gebruik maakt van boodschappen van algemeen nut (15 vragen – 15 antwoorden) ten behoeve van alle luisteraars van alle leeftijden, waaronder vooral geïsoleerde mensen, die geen kranten en tijdschriften lezen, en die evenmin uitzendingen gewijd aan depressie volgen die vooraf een persoonlijke keuze en selectie vereisen.

Gezien het succes bij de lancering in november 2004, werd een tweede veertiendaagse van de depressie georganiseerd in dezelfde periode in 2005, met als thema: “Depressie en fysieke ziektes: verzorg je depressie, zo zorg je ook voor je gezondheid”.

Ditmaal was het doel aan te tonen dat “het lichaam en de geest een geheel vormen”, dat er, naast ziekte, pijn, en het chronisch karakter, ook zoiets bestaat als de geestelijke uitputting van de zieke, en soms zelfs een gemaskeerde depressie.

De twee campagnes werden verspreid via de pers en via een website (www.depressionenquestion.be); de resultaten waren opmerkelijk wat betreft het stijgend aantal bezoekers van de site van de Liga en het aantal oproepen tijdens die periodes.

5.2. Interventieprogramma inzake depressie: een project van de *European Alliance Against Depression*

De *European Alliance Against Depression* is een Europees interventieprogramma met een termijn van 4 jaar (2004-2008), dat tot doel heeft om de preventie en aanpak van depressie te verbeteren en om het aantal zelfmoorden en zelfmoordpogingen te reduceren. Het is ontstaan uit een pilootproject dat in Nurnberg (Duitsland) uitgevoerd werd door de Universiteit van München (01/2001 - 12/2002). De positieve evaluatie van dit project leidde tot een uitbreiding ervan naar andere regio's in Duitsland en daarbuiten. Momenteel loopt het EAAD-project in 16 regio's van 15 Europese landen, gefinancierd door de Europese Unie. In Vlaanderen vindt het project plaats in de regio Brugge-leper. De acties en de evaluatie ervan verlopen volgens een gemeenschappelijk kader en een gemeenschappelijke methodologie in de verschillende deelnemende regio's. Deze gezamenlijke benadering maakt het mogelijk ervaringen uit te wisselen en de resultaten van verschillende regio's te vergelijken en te bundelen. Zeker met betrekking tot zelfdoding is dit laatste een voordeel, gezien het relatief beperkte voorkomen van zelfmoord en pogingen daartoe.

Het gemeenschappelijke inhoudelijke kader bestaat erin dat interventies worden opgezet op 4 verschillende niveaus, zoals ook in het pilootproject in Nurnberg gebeurde:

- Niveau 1: deskundigheidsbevordering van huisartsen
De huisarts is vaak de eerste contactpersoon voor mensen met een depressie. In het licht van een goede behandeling is het belangrijk dat de huisarts voldoende deskundig is om depressie te detecteren en te diagnosticeren. In dit project worden huisartsen getraind in de detectie en de diagnostiek van depressie en suïcidaliteit. Zij zullen onder meer instrumenten aangeboden krijgen die hen toelaten om depressie op een eenvoudige en snelle manier te detecteren en te diagnosticeren.
- Niveau 2: deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren in de samenleving
Trainingssessies over depressie en zelfmoord worden aangeboden aan verschillende beroepsgroepen die in contact komen met mensen met een depressie en/ of zelfmoordgedachten, maar daar niet specifiek toe opgeleid zijn. Daartoe horen onder anderen apothekers, leerkrachten, CLB-medewerkers, pastoraal werkers, ziekenhuispersoneel, politieagenten en penitentiair beambten. Dergelijke professionelen kunnen bijdragen tot een betere ondersteuning van deze mensen, vroegtijdige detectie van problemen en eventuele verwijzing.
- Niveau 3: publieke informatie over depressie en zelfmoord
Er heerst nog steeds een groot taboe op (het praten over) psychische problemen. Dat werkt stigmatiserend voor mensen die met een depressie of zelfmoordgedachten kampen, en verhoogt de drempel naar hulpverlening. De EAAD wil ondermeer de kennis en het begrip bevorderen door het verspreiden van correcte en doelgroepspecifieke informatie over symptomen, oorzaken en behandelingsmogelijkheden van depressie en suïcidaliteit. Deze sensibilisering zal gebeuren via informatieve brochures, een internetsite, persberichten en publieke evenementen.
- Niveau 4: verbetering van de zorg voor patiënten en hun omgeving
De zorg voor patiënten met een depressie en/ of zelfmoordproblemen kan onder andere verbeterd worden door het optimaliseren van de samenwerking tussen hulpverleners en het werken met crisiskaarten. Verder worden binnen dit actiespoor van de EAAD zelfhulpgroepen ondersteund en wordt psycho-educatie gegeven over depressie en zelfmoord aan patiënten, hun omgeving of nabestaanden.

De keuze voor deze interventiesporen is gebaseerd op de Gotlandstudies, waarin werd aangetoond dat extensieve navorming van huisartsen kan leiden tot een betere detectie en behandeling van depressie door huisartsen en een vermindering van het aantal zelfmoorden en pogingen daartoe (Rutz, 2001; Rutz et al., 1989; Rutz et al., 1990). In Nurnberg werd gekozen voor een bredere benadering, waarbij interventies ook op andere niveaus werden opgezet en

men zich aldus ook op andere determinanten van depressie en zelfmoord richtte. Acties op verschillende niveaus verwezen naar elkaar en grepen op elkaar in, waardoor synergetische effecten werden bekomen.

In alle deelnemende regio's worden interventies op deze 4 niveaus opgezet. Het is daarbij niet de bedoeling dat er een volledig nieuw aanbod ontwikkeld wordt indien er reeds activiteiten en programma's bestaan. Het komt het langetermijneffect immers ten goede indien acties structureel door lokale actoren worden opgezet, in plaats van kortstondig door externen georganiseerd. De EAAD wil eerder samenwerking bevorderen en versnippering tegengaan door het bestaande aanbod op elkaar af te stemmen en de krachten te bundelen binnen eenzelfde kader. Met dit doel wordt een netwerk gevormd van relevante lokale actoren. Door de regionale coördinatoren kunnen wel impulsen gegeven worden voor vernieuwende interventies en om eventuele lacunes op te vullen. Het is tot slot niet de bedoeling om een nieuwe hulpverleningsstructuur te creëren of directe hulp te bieden.

Wat betreft de evaluatie van het EAAD-project werd een gemeenschappelijke methodiek bepaald voor het meten van de effecten. Dit behelst enerzijds epidemiologische resultaten zoals het aantal zelfmoorden en zelfmoordpogingen, en anderzijds effecten op het vlak van kennis, attitudes en vaardigheden van professionelen en de algemene bevolking. Aan de hand van deze effectevaluaties kan informatie verworven worden over welke interventies effectief zijn. Deze resultaten kunnen leiden tot richtlijnen voor een verdere implementatie van actieprogramma's in andere regio's.

Niet alle EAAD-partners zullen in dezelfde mate het programma uitvoeren. Vlaanderen participeert aan het EAAD-project als "*level-1 partner*", samen met regio's in Estland, IJsland, Italië en Slovenië. Dit houdt in dat er op de vier niveaus activiteiten gerealiseerd worden en dat er een evaluatieonderzoek van het programma zal gebeuren.

Het EAAD-project in Vlaanderen:

In Vlaanderen is het interfacultair onderzoekscentrum LUCAS (KU Leuven) de coördinator van het EAAD-project. Als interventiegebied werd gekozen voor de regio Brugge-leper. Dit beslaat de arrondissementen Brugge, Oostende, Ieper, Diksmuide en Veurne. De Westhoek, de kustgemeenten en de Brugse agglomeratie vormen daarbij gebieden met specifieke sociodemografische kenmerken. De keuze voor deze regio is gebaseerd op de volgende argumenten:

- Het belangrijkste argument is dat de problematiek van depressie en zelfdoding groter is in de provincie West-Vlaanderen in vergelijking met de rest van Vlaanderen, waarbij de Westhoek de hoogste cijfers optekent.
 - Volgens de Gezondheidsenquête van 2001 (Demarest et al., 2002) is de prevalentie van zelfgerapporteerde depressie in West-Vlaanderen hoger (7,1 %) dan voor het Vlaams Gewest als geheel (5,3 %).
 - Hoewel er relatief minder overlijdens vastgesteld worden in de provincie West-Vlaanderen, ligt de *standardized mortality ratio* (SMR) door zelfmoord voor de periode 1990-1999 er hoger dan in de rest van Vlaanderen, vooral bij mannen. Ongeveer de helft van de gemeenten, waaronder opvallend veel in de Westhoek, bevinden zich in het hoogste kwartiel van deze zelfmoordratio.
 - Uit de Monitoringstudie de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) blijkt dat het aantal zelfmoordpogingen per 100.000 inwoners opvallend hoger is in het AZ St. Jan AV te Brugge, in vergelijking met andere spoedgevallen-diensten in Vlaanderen.
- Via de projecten "Tussen de Lijnen" en "Stepped Care" heeft LUCAS reeds heel wat ervaring opgebouwd in de deskundigheidsbevordering van huisartsen in deze regio. Het

EAAD-project laat toe om deze ervaring uit te breiden op grotere schaal. Deze ervaring biedt ook voordelen bij de netwerkvorming, die van groot belang is in dit project.

- Dit gebied voldoet met circa 630.000 inwoners ruim aan het binnen het EAAD-kader vooropgestelde minimum van 250.000 inwoners. De afbakening via arrondissementen sluit in grote mate aan bij het werkingsgebied van lokale actoren, zoals huisartsenkringen, mutualiteiten en affluatiegebieden van regionale ziekenhuizen.

Er bestaat in deze regio bijzondere medewerking van enkele sleutelfiguren waarmee LUCAS in vorige projecten reeds samenwerkte.

Om een regionaal netwerk te creëren werden eerst alle relevante actoren in de regio in kaart gebracht. Zij kregen informatie over het project, er werd gepeild naar hun interesse en ze werden uitgenodigd op een *Invitational Conference*, die doorging te Brugge op 29 oktober 2004. Op deze bijeenkomst werden de doelen en de werkwijze van het project voorgesteld en waren een 80-tal deelnemers uit meer dan 40 organisaties aanwezig, waarvan 15 hun werking op het gebied van de preventie en aanpak van depressie en zelfmoord presenteerden. Op basis van deze geïnteresseerde partners werd het "Vlaams Netwerk tegen Depressie" samengesteld. Een breed gamma aan actoren, waaronder heel wat koepelorganisaties, is in dit netwerk vertegenwoordigd, zoals Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), Psychiatrische en Algemene Ziekenhuizen, huisartsenkringen, mutualiteiten, SIT's, CAW's, thuiszorgdiensten, CLB's, apothekers, politieagenten, pastorale medewerkers, zelfhulporganisaties, patiëntenverenigingen en gespecialiseerde centra zoals het Centrum ter Preventie van Zelfmoord.

Samen met het regionale netwerk zullen acties opgezet worden op de 4 niveaus van het EAAD-kader. Daarbij kan voortgebouwd worden op de reeds bestaande werking en initiatieven. Waar tot een 10-tal jaren geleden de preventie in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen nog in zijn kinderschoenen stond, is er sinds enkele jaren een kentering aan de gang. Specifiek met betrekking tot de preventie van depressie en zelfdoding hebben onder meer de Gezondheidsconferentie en het Project Zelfmoordpreventie van de CGG in heel wat initiatieven terzake geresulteerd. Het EAAD-project zal deze bestaande werking verder ondersteunen en stimuleren dat er uitwisseling, samenwerking, afstemming en uitbreiding plaatsvindt. Daarnaast zullen vernieuwende initiatieven opgezet worden en zal een mediacampagne rond het thema gevoerd worden in de regio. Wetenschappelijke onderbouwing en evaluatie staan daarbij centraal, zodat het EAAD-project een reële meerwaarde zal betekenen.

Wat betreft de evaluatie van het EAAD-project in Vlaanderen wordt aangesloten bij de gezamenlijke evaluatiemethodiek van de Europese EAAD-partners. Enerzijds worden epidemiologische gegevens over zelfmoorden en zelfmoordpogingen voor en na de interventieperiode opgevolgd. Gezien diverse methodologische beperkingen staan deze gegevens echter niet centraal in de evaluatie. Anderzijds worden meer proximale indicatoren verzameld die het effect van specifieke interventies nagaan, zoals kennis, attitudes en vaardigheden. Daarnaast wil LUCAS het EAAD-project aangrijpen om aansluitend verdiepend onderzoek uit te voeren, dat een vernieuwende bijdrage biedt in dit domein.

Realisaties van het EAAD-project in Vlaanderen (2004-2006):

1) *Deskundigheidsbevordering van huisartsen*

In september 2005 ondernam LUCAS in samenwerking met de werkgroep depressie van het Psychiatrisch Centrum St.-Hiëronymus (Sint-Niklaas) een bevraging van alle huisartsen in de regio Waasland. In dit onderzoek werd gepeild naar het proces van diagnostiek, behandeling en verwijzing van depressie door de huisarts. Tevens werd de attitude van huisartsen t.o.v. depressie bevraagd, en de samenwerking met het Psychiatrisch Centrum.

De positieve dynamiek die het vormingsprogramma over depressie “Tussen de Lijnen”, teweegbracht, inspireerde tot de opzet van een gelijkaardige vorming over zelfmoord voor huisartsen in de regio Brugge. Die vond plaats in het voorjaar van 2006 en bestaat uit 4 sessies. Uitgangspunten zijn het vertrekken van eigen ervaringen, het uitwisselen met collega-huisartsen, het stimuleren van samenwerking tussen de lijnen en het opleiden van referentieartsen zelfmoordpreventie.

De ervaringen met het onderzoek en de vormingen vormden tevens de basis voor een handboek over depressie voor huisartsen, dat binnenkort moet verschijnen.

2) Deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren

- Apothekers

Om de beoogde navorming maximaal te laten aansluiten bij de noden van apothekers, werd een voorafgaande bevraging gehouden bij een representatieve steekproef van 200 apothekers in de regio Brugge-leper. In deze bevraging werd nagegaan hoe de huidige praktijk eruitziet wat betreft de omgang van apothekers met patiënten met een depressie of zelfmoordgedachten, en wat daarbij de ervaren knelpunten zijn. Aansluitend werd met enkele sterk betrokken apothekers in een focusgroep gebrainstormd over de inhoud en de opzet van een navormingsprogramma over deze problematiek. Het navormingsprogramma zelf bestaat uit 3 sessies (praktijkgerichte voordracht over depressie en zelfmoord; training van gespreksvaardigheden ter psychosociale ondersteuning van patiënten; ervaringsuitwisseling met partners uit de regio) en vindt plaats in de eerste helft van 2006 in Brugge en in Kortrijk. Mogelijke rollen die er voor de apothekers zijn weggelegd in de problematiek: het kunnen herkennen van risicofactoren zoals een voorbije zelfmoordpoging of problematisch medicatiegebruik, het doorverwijzen naar hulpverleners bij vermoeden van beginnende depressie, en in zekere mate ook het opvolgen van therapietrouw en het voorlichten over neveneffecten van de medicatie. Apothekers beschikken over goed functionerende navormingsinstituten (voor Wallonië is dit www.sspf.be, voor Vlaanderen www.ipsa.be) waar op efficiënte manier de officina-apothekers gevormd worden voor de hun toegewezen taken.

- Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's)

De Vlaamse overheid subsidieert in het kader van EAAD een project dat de rol van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg bestudeert en versterkt voor wat betreft de aanpak van depressie en zelfmoord. Dit actieproject vindt plaats bij de 4 fusies van de CGG's in West-Vlaanderen. In 2005 werd onderzocht hoe de CGG's deze rol opnemen bij de intake, indicatiestelling en behandeling van depressie. Hiertoe werden enerzijds de registratiegegevens van patiënten van de CGG's met depressie in 2004 geanalyseerd (behandeling), en anderzijds de nieuw aangemelde patiënten in 2005 opgevolgd (intakefase). Op basis van de resultaten van dit onderzoek worden vervolgens verbeterpistes voorgesteld, initiatieven tot samenwerking uitgewerkt en vorming aangeboden aan de hulpverleners uit de Centra.

3) Publieke informatie over depressie

LUCAS was medeorganisator van een informatiedag over geestelijke gezondheid op 19 januari 2006 te Nieuwpoort. Deze infodag was gericht op jongeren uit de laatste graad (16-17-jarigen) van het secundair onderwijs en hun leerkrachten, en had als specifiek thema depressie en zelfdoding. Het programma bestond uit een infomarkt, een panelgesprek, getuigenissen en een avondlezing.

Verder is LUCAS als adviesgever betrokken bij de “10-Stappen Campagne” tegen depressie die door de Vlaamse overheid georganiseerd wordt, en bij andere initiatieven rond beeldvorming over depressie, en richtlijnen voor de media over het rapporteren over depressie en zelfmoord.

4) Ondersteuning van patiënten en hun omgeving

In de regio Brugge werd het initiatief genomen om de samenwerking inzake zelfmoordpreventie op gang te brengen, in eerste instantie tussen ziekenhuizen en huisartsen. Een goede opvolging

en preventie van recidive is immers van groot belang bij zelfmoordpogers, aangezien een zelfmoordpoging de belangrijkste risicofactor is voor een uiteindelijke gelukke zelfmoord. Deze recidiefpreventie is echter niet eenvoudig, aangezien suïcidale patiënten globaal gezien een lage therapietrouw hebben en een moeilijk contact met gezondheidsvoorzieningen. Samenwerking tussen verschillende actoren is dan ook wenselijk, om de zorg zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. De huisarts kan daarbij een belangrijke spilfiguur zijn in het netwerk rond de suïcidale patiënt, gezien zijn relatief frequente contact met deze patiënten, zowel voor als na een zelfmoordpoging. Om deze samenwerking te vereenvoudigen werd geopteerd om te werken met een case-manager voor suïcidale patiënten. De taak van deze case-manager bestaat uit 1) opvolging van het assessment en de begeleiding van suïcidale patiënten in het ziekenhuis; 2) informatieverstrekking hierover aan de huisarts; 3) coördinatie van de nazorg; 4) adviesverlening aan huisartsen over zelfmoordpreventie.

5) *Onderzoek in het kader van EAAD*

- *Stigma-ervaringen van patiënten met depressie*

In het kader van de EAAD participeert LUCAS aan een internationale studie (INDIGO) over de beleving van stigma en discriminatie door mensen met psychische problemen. Dit onderzoek loopt in 24 Europese landen. Aan de hand van een gestructureerd interview met patiënten werd bevraagd op welke levensdomeinen (zoals werk, vriendschappen, huwelijk, behuizing, ontspanning en godsdienstbeleving) en in welke mate zij discriminatie ervaren. De gegevens werden kwantitatief én kwalitatief verwerkt. Hierdoor werd inzicht verworven in de aard en het voorkomen van dit stigma en de beleving ervan door de patiënten. Ervaringen van personen die lijden aan schizofrenie worden vergeleken met deze van personen die met een depressie kampen.

- *Ontwikkeling van een instrument voor het meten van capaciteiten in het omgaan met zelfmoord*

Binnen het EAAD-project worden heel wat opleidingen gegeven aan hulpverleners om hun deskundigheid te bevorderen in het omgaan met patiënten met suïcidaliteit. Om deze opleidingen te evalueren is het wenselijk om over een instrument te beschikken dat het niveau van deze vaardigheden bij hulpverleners meet. Aan de hand hiervan kan de vooruitgang gemeten worden die deelnemers door toedoen van de opleiding bereiken. Een dergelijk instrument bestaat echter niet in het Nederlandse taalgebied. Er is wel een Engelstalig instrument beschikbaar, de Suicide Intervention Response Inventory (SIRI-2), met goede psychometrische kwaliteiten. LUCAS ontwikkelt een Nederlandstalige versie van de SIRI-2, die aangepast is aan de Vlaamse context.

- *Methodiek voor het systematisch inschatten van het zelfmoordrisico*

In de hulpverlening aan mensen met depressie en zelfdodingsgedachten is het inschatten van het zelfmoordrisico een belangrijk aspect. Een betrouwbare en predictieve inschatting maken van dit risico is echter zeer moeilijk, door de complexiteit van risicofactoren, het onvoorspelbare karakter van een zelfmoordpoging en het relatief infrequente voorkomen van overlijdens door zelfdoding. Door het ontbreken van een gestandaardiseerd Nederlandstalig instrument voor de inschatting van het zelfmoordrisico gebeurt dit doorgaans aan de hand van ad hoc samengestelde vragenlijsten, of wordt dit overgelaten aan het klinisch oordeel van de hulpverlener. LUCAS voerde een literatuurstudie uit naar beschikbare meetinstrumenten en aandachtspunten bij het inschatten van dit risico (context, doel, attitude en vaardigheden van hulpverlener...). Aan de hand van interviews wordt de huidige praktijk op dit vlak in Vlaanderen nagegaan. Het interview zal worden afgenomen bij verschillende beroepsgroepen (huisartsen, apothekers, CGG-medewerkers, medewerkers van telefonische hulplijnen...) en bij studenten. Bij sommige groepen wordt zowel een voor- als een nameting gehouden na trainingsprogramma's m.b.t. zelfmoord. Hiervoor wordt samengewerkt met het Centrum ter Preventie van Zelfmoord (CPZ), dat ook diverse trainingen over deze thematiek aanbiedt.

5.3. Centra voor hulpverlening via telefoon of internet

Zelfmoord gebeurt zelden plotseling, onverwachts; het is doorgaans het eindpunt van een lang en complex proces tijdens hetwelk het individu tevergeefs tracht hulp en oplossingen te vinden. Zijn herhaaldelijk falen verhoogt geleidelijk aan de druk en zijn angstgevoelens. Het volstaat dat een ongelukkige gebeurtenis – overlijden van een geliefde, jobverlies, liefdesbreuk, conflict met de ouders, ruzie met de partner, ziekte... – zich voordoet bovenop de reeds bestaande problemen en de niet-opgeloste moeilijkheden om het individu te doen afglijden naar een angstgevoel dat hem tot zelfmoord kan drijven, wat hij beschouwt als de manier om een einde te maken aan een toestand die ondraaglijk is geworden. Op dat ogenblik ziet hij geen andere mogelijkheid om te reageren; hij zet zijn wanhoop, zijn woede en zijn angsten om in daden.

Vóór dat ultieme stadium, zolang het individu kan praten om zich te uiten, kan men zijn zelfmoordpoging (proberen te) voorkomen. Het is hier dat de telefonische luisterlijnen tussenbeide komen (*Centre de Prévention du Suicide*, de Zelfmoordlijn van het Centrum ter Preventie van Zelfmoord, *Télé-Accueil*, Tele-Onthaal...). Deze organisaties zijn erkend als gratis nooddiensten (KB 08/10/2002).

Deze telefoonlijnen zijn anoniem, verzekeren de geheimhouding van de gesprekken, en bieden geen therapeutische raad, maar psychologische hulp. Ze leveren een crisisinterventie: de dialoog die ontstaat helpt de beller door momenten van extreme spanning; bij het inhaken kan hij tot rust zijn gekomen en zich minder angstig voelen, klaar om andere oplossingen te overwegen dan zelfmoord.

In eerste instantie is het belangrijk het onbehagen van de beller aan te voelen. Nadien komt het erop aan een dialoog en een vertrouwensklimaat te creëren, zonder te oordelen, waarin men het lijden erkent. Aan de hand van de gegevens die de beller meedeelt, zal men proberen een heldere kijk te krijgen op zijn toestand door samen met hem uit te zoeken hoe vooruit te raken in wat hij voorstelt en aanvoelt als een uitzichtloze situatie. De bedoeling is niet om in zijn plaats te beslissen of om zijn problemen te proberen oplossen zonder zijn medewerking, maar om hem te begeleiden om een andere kijk te vinden op de situatie.

Oorspronkelijk kwamen de oproepen voornamelijk van de personen met zelfmoordgedachten zelf. Alsof ze, geïsoleerd door het taboe en de angst, de enigen waren die betrokken waren bij de zelfmoordproblematiek. Geleidelijk aan is die opvatting veranderd. Het taboe is afgenomen, waardoor we een beter zicht kregen op de angsten, de vragen en het lijden, en waardoor het, zowel bij de zelfmoordenaars als bij hun omgeving, stilaan mogelijk werd erover te praten. De ene groep kon zo beginnen luisteren, de andere kon beginnen praten.

Voortaan is de zelfmoordenaar niet meer (of toch minder) veroordeeld tot isolement, niet langer een paria waartegen men zich kost wat kost moet beschermen; hij heeft namelijk naasten, vaak een werk- en een sociale omgeving. Die personen lijden, trachten te begrijpen, zouden willen weten wat te doen... Soms heeft het drama zich voltrokken, heeft de zelfmoord plaatsgevonden en moet men een bijzonder pijnlijke rouwperiode zien door te komen. In elk geval vormt de dialoog, de mogelijkheid om te praten zonder angst voor het oordeel of de gevolgen, een onschatbare hulp.

Al die categorieën van bellers te woord staan, de wanhoop van de zelfmoordenaar horen, de ongerustheid, het onbegrip of de schuldgevoelens van de naasten, is een ervaring die je in de war brengt, je uit je lood slaat, en zij die de telefoon beantwoorden tegenstrijdige gevoelens doet doormaken. Zij stellen zichzelf voortdurend in vraag en er wordt onafgebroken een beroep gedaan op hun aanpassingsvermogen. Het personeel van deze centra heeft bijgevolg de uitermate belangrijke taak de vrijwilligers in staat te stellen 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 een kwalitatief "luisterend oor" te bieden. Steeds opnieuw moet men aanzienlijke inspanningen leveren om nieuwe kandidaten aan te werven, te selecteren en op te leiden.

Niet alleen suïcidale personen bellen naar de hulplijn, maar ook de omgeving en de hulpverlening van deze personen zoeken steun en advies bij de hulplijn. De psycho-educatie van de omgeving en het werken aan destigmatisering is van groot belang. Telefonische hulpverlening speelt daarin een belangrijke rol. Bovendien zal de beantwoorder bij elk gesprek voor derden nagaan welke tips en advies hij de oproeper kan geven om met de suïcidale persoon in zijn omgeving om te gaan en deze eventueel door te verwijzen. Niettemin is het bij een oproep voor derden van belang om het gesprek niet eenzijdig te concentreren op de probleemsituatie en/of zelfmoordgedachten van de derde. Ieder gesprek, onafhankelijk van het uitgesproken onderwerp, houdt een oproep van een persoon in nood in:

- het kan zijn dat de oproeper zich voordoet als iemand die de situatie van een derde objectief beschouwt, maar dat hij in feite zelf in crisis verkeert.
- geconfronteerd worden met suïcidaal gedrag van iemand uit de omgeving, heeft een grote impact op de persoon die belt: deze voelt zich verantwoordelijk of schuldig, is ongerust, verkeert zelf in wanhoop, voelt zich machteloos...

Behalve telefonische hulpverlening bieden verschillende diensten (Zelfmoordlijn, Tele-Onthaal, Kinder- en Jongerentelefoon) ook online hulpverlening aan. Immers, internet wordt het informatiekanaal bij uitstek. Maar ook wordt het medium meer en meer gebruikt om een luisterend oor te vinden, vooral door jongeren. Bovendien is de drempel voor het zoeken van hulp bij geestelijke gezondheidsproblemen erg hoog. Het blijkt dat het hulpzoekend gedrag van jongeren tekort schiet. Zij zullen gemakkelijker gebruik maken van laagdrempelige hulpverlening zoals telefonische hulp of, meer nog, hulpverlening via internet.

Ook mensen met een spraakgebrek, of mensen met een auditieve handicap, die niet terechtkunnen bij telefonische hulpverlening, kunnen via online gesprekken de hulp vinden die ze nodig hebben.

De Zelfmoordlijn online

De online hulpverlening van de Zelfmoordlijn bereikt vooral jonge meisjes (77 % is een vrouw). Deze leeftijdsgroep is de grootste risicogroep voor het plegen van zelfmoordpogingen. Uit de analyse van de online gesprekken in 2005 blijkt de ernst van de gesprekken. Alle oproepers hadden zelfmoordgedachten en 27 % heeft concrete zelfmoordplannen waardoor het risico op zelfmoord erg hoog is. Twee op de drie 3 chatters heeft reeds een poging ondernomen (tegenover één op vier bellers van de Zelfmoordlijn).

Spreken over zelfmoordgedachten in de omgeving is moeilijk. Slecht één op vier oproepers praat erover in de omgeving. Dat maakt het belang van een anonieme en laagdrempelige hulpverlening nog duidelijker.

De zeer lage drempel van de online hulpverlening maakt dat jongeren zeer ernstige problemen ter sprake durven te brengen. Zo blijkt dat 13 % van de chatters een verleden van seksueel misbruik heeft.

Er bestaat reeds langer een aanbod aan websites en forums waarop mensen hun problemen en gevoelens kwijt kunnen. Het is echter zorgwekkend dat veel van deze sites en forums niet worden opgevolgd door deskundigen. Het Centrum schenkt zeer veel aandacht aan de training en permanente deskundigheidsbevordering van de vrijwilligers van de Zelfmoordlijn en de online hulpverlening.

De beantwoorders van de online hulplijn worden gerekruteerd uit de groep van beantwoorders van de Zelfmoordlijn en zijn dus niet alleen getraind in gesprekstechnieken en het werken aan coping, maar ook specifiek opgeleid in het omgaan met suïcidaal gedrag (bv. lethality assessment, bespreekbaar maken van zelfmoordgedachten...).

De vrijwilligers voor online hulpverlening worden opgeleid in online communicatie. Niet alleen krijgen zij uitleg over het medium en het programma, maar ze leren ook over de belangrijkste valkuilen van het medium en over de manieren om deze valkuilen te ondervangen. Het communiceren via de computer vergt een enigszins andere aanpak dan aan de telefoon. Omdat je nog minder input hebt over de oproeper dan aan de telefoon (je ziet én hoort hem niet) is de afstand tussen beide personen gevoelsmatig groter en is er meer kans op foute interpretaties. Ook de typische jongerentaal en het gebruik van emoticons, afkortingen en leestekens komt tijdens de training uitgebreid aan bod.

Het forum van het Centre de Prévention du Suicide

Sinds 2004 ontwikkelt het *Centre de Prévention du Suicide* ook een preventiemiddel specifiek voor internet, waarbij het schrijven wordt gebruikt om te bemiddelen en men gebruik maakt van middelen die eigen zijn aan internet om de gebruikers “virtueel” met elkaar in contact te brengen. De bedoeling is een publiek te bereiken dat geen gebruik zou maken van de telefoon, en meer bepaald een jonger en mannelijker deel van de bevolking.

Een ander argument is dat er op het internet momenteel een groot aantal sites bestaan die zelfmoord verheerlijken of persoonlijke pagina’s waarop op een “ruwe” manier over zelfmoordgedachten of -handelingen wordt geschreven. Het feit is dat de psycho-medische-sociale sector, uit angst of door gebrek aan kennis van het medium, nog maar bitter weinig met het medium heeft aangevangen.

Vanuit die vaststelling besloot het *Centre de Prévention du Suicide* om rechtstreeks op hun site een vrij expressieforum aan te bieden. De basishypothese was dat men door dingen op te schrijven afstand kan beginnen nemen, hetgeen op zich reeds een geruststellend – volgens sommigen zelfs therapeutisch – effect kan hebben. Het feit zijn ervaringen te delen met anderen kan interessant blijken en, bovenal, die “anderen” kunnen een geschikt antwoord bieden op de vragen die aan bod kwamen.

Vanop de site www.preventionsuicide.be biedt het forum dus een ruimte voor dialoog en uitwisseling tussen gebruikers aan, waar mensen de kans hebben elkaar vragen te stellen en elkaars vragen te beantwoorden.

Van bij de start, en dat hoewel er geen reclame of specifieke communicatie werd gedaan over de oprichting, kende het forum een onvervalst succes: er was niet alleen een groot aantal bezoekers en boodschappen, maar vooral de vaststelling dat er een authentieke “steungemeenschap” ontstond dankzij de uitwisseling van antwoorden. Ook wat het naleven van de werkingsregels betreft, was het een succes: slechts zelden moet er een boodschap worden “bijgestuurd” (dat wil zeggen dat hij ter verbetering naar de afzender wordt teruggestuurd vooraleer hij op het net kan worden verspreid).

5.4. Opleiding, ondersteuning van professionele zorgverleners en bevordering van deskundigheid en samenwerking

5.4.1. Het Project Zelfmoordpreventie

Het Project Zelfmoordpreventie van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg streeft naar een beleid en praktijk van zelfmoordpreventie binnen een langetermijnvisie. Het ontwikkelde vanaf 1997 verschillende strategieën gericht op:

- deskundigheidsbevordering
- de optimalisering van de hulpverlening binnen de CGG's (protocollering, vorming binnen CGG-teams, workshopdagen voor CGG-hulpverleners) en buiten de CGG's (promoten en realiseren van samenwerkingsverbanden, zorgcircuits, zorgcontinuering).
- opvang van nabestaanden

In 2000 lanceerde het project de strategie van deskundigheidsbevordering met de conferentie "Zelfmoordpreventie in Vlaanderen: van machteloosheid naar gerichte actie?". Het CGG-project ontwikkelde als eerste specifieke vormingspakketten (deskundigheidsbevordering) ten behoeve van intermediaire doelgroepen en sleutelfiguren zoals huisartsen, ziekenhuizen, politie en jongerenbegeleiders.

Het zelfmoordpreventieproject van de CGG's is een provider van expertise. Het zelfmoordpreventieproject van de CGG's was nadrukkelijk aanwezig bij de voorbereiding van en tijdens de Vlaamse Gezondheidsconferentie "Preventie van Depressie en Zelfmoord 2002". Deze conferentie tekende de krijtlijnen uit van het Vlaamse overheidsbeleid terzake.

Expertise van het zelfmoordpreventieproject van de CGG's vindt men ondermeer terug in verschillende andere projecten zoals Cera, het Domus Medica-project, en de EAAD. In het werkveld zijn het de preventiewerkers van het Zelfmoordpreventieproject van de CGG's die de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) van de huisartsen bezoeken en "vorming" verstrekken. In de e-learning strategie ontwikkelde het project mede de helpdesk voor huisartsen en de interactieve thematische opleidingsleergangen voor huisartsen (iTOL) inzake zelfmoordpreventie; binnen deze vormingscycli treden CGG-projectmedewerkers ook op als facilitatoren. Het project is aanwezig in verschillende stuur-, werk- en adviesgroepen op regionaal en Vlaams niveau.

Het concept van de campagne "Fit in je hoofd goed in je vel" werd binnen het zelfmoordpreventieproject van de CGG's ontworpen. Deze campagne is gericht op de brede bevolking en wil de relatie tussen het "gewone leven" en de geestelijke gezondheid ontsluiten. Deze campagne werd in het voorjaar van 2006 gelanceerd.

Het zelfmoordpreventieproject is betrokken bij de uitwerking en implementatie van de pilootprojecten "Recidivepreventie in samenwerking met huisartsen bij zelfmoordpogers na ontslag uit het AZ" en "Psychosociale opvang en evaluatie van zelfmoordpogers" (zie verder in dit rapport).

Deskundigheidsbevordering ziekenhuizen, huisartsen, jongerenbegeleiders en politie

Vanuit het Project Zelfmoordpreventie streeft men zoveel mogelijk naar geïntegreerde preventie met het oog op langetermijneffecten. De vormingen die worden aangeboden zijn daarom veelal meerdaagse vormingen voor een beperkte groep deelnemers: op die manier wordt het mogelijk om op een grondige en interactieve manier te werken rond de thematiek. De eigen ervaringen van de deelnemers vormen hierbij het uitgangspunt.

Deze vormingen zijn vaak een aanzet tot of het gevolg van netwerkontwikkeling rond de suïcidale patiënt.

In de vormingspakketten komen in grote lijnen volgende thema's aan bod:

- achtergrondinfo met betrekking tot zelfmoord: cijfergegevens, historische kijk...;
- het suïcidaal proces;
- risicofactoren en signalen van suïcidaal gedrag;
- bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag;
- crisisinterventie;
- draaiboek: "Hoe omgaan met suïcidaal gedrag binnen je werkcontext";
- opvang van nabestaanden;
- netwerkontwikkeling.

Er wordt meestal zeer interactief gewerkt tijdens de vormingen: groepsdiscussies, oefeningen, rollenspel, video-observatie...

A. Deskundigheidsbevordering in Ziekenhuizen

Vormingspakket

De Werkgroep Ziekenhuizen ontwikkelde een vormingspakket "Zelfmoordpreventie in Ziekenhuizen". Dit pakket omvat theoretische informatie en didactische richtlijnen. Het kan worden gebruikt door de projectleden als basis voor de vormingen aan ziekenhuizen. Dit vormingspakket werd in het najaar van 2005 reeds deels herwerkt en zal in 2006 volledig worden aangepast en verwerkt in een powerpointpresentatie.

Partners voor implementatie

Er werd in verschillende regio's een vormingsaanbod gedaan voor ziekenhuispersoneel. Dit aanbod gold vooral voor algemene ziekenhuizen, maar op sommige plaatsen ook voor psychiatrische ziekenhuizen. De vormingen werden vrijwel altijd gegeven door de projectmedewerkers, al dan niet in samenwerking met ziekenhuispersoneel. Indien dit mogelijk is kunnen cursisten de opgedane kennis verder doorgeven aan personeel in het eigen ziekenhuis. Meestal zijn de groepen aan wie vorming wordt gegeven, samengesteld uit een heterogeen publiek met verschillende basisopleidingen uit verschillende afdelingen. Er wordt zoveel mogelijk voor gezorgd dat de vormingen geïntegreerd zijn in een ruimere samenwerking met de ziekenhuizen op vlak van zelfmoordpreventie.

Realisaties

In elke provincie werd reeds vorming gegeven aan ziekenhuispersoneel. Soms werd hiervoor een actief aanbod gedaan, maar soms kwam de vraag ook spontaan uit de ziekenhuizen zelf. Op een aantal plaatsen wordt gewerkt aan een manier om de organisatie van de vorming aan ziekenhuizen gestructureerder te laten verlopen. In de provincie Antwerpen is dit reeds gerealiseerd. In 2005 volgden meer dan 450 personeelsleden uit ziekenhuizen in Vlaanderen een vorming die werd georganiseerd door het project.

In 2005 is de werking van het project rond ziekenhuizen meer geïntegreerd in een ruimer geheel van netwerkvorming. Het verder ontwikkelen van samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen en een daarin geïntegreerde vorming is een belangrijke doelstelling voor 2006. Daarnaast wordt een nieuw vormingspakket uitgewerkt..

B. Deskundigheidsbevordering van Huisartsen

Vormingspakket

In het kader van de ondersteuning en deskundigheidsbevordering van huisartsen werd samengewerkt met volgende huisartsenorganisaties: het Vlaams Huisartsen Navormingsinstituut (VHNI), het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenvorming (ICHO) en de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH), recent ondergebracht in Domus Medica, evenals met LOGO-artsen. Een vormingspakket dat wordt

aangeboden aan huisartsenkringen en LOK's werd ontwikkeld. Projectmedewerkers verzorgen de vormingsavonden.

Een elektronische cursus iTOL zelfmoordpreventie is operationeel. Een groot aantal van artsen volgden reeds dit intensief e-learning programma rond zelfmoordpreventie.

Partners voor implementatie

In 2005 werd de samenwerking met het ICHO en de WVVH verdergezet. Deze partners worden financieel gesteund door de Cera Foundation en de Vlaamse overheid met het oog op de implementatie van de Gezondheidsconferentie: Preventie van depressie en zelfmoord, voorgestelde en goedgekeurde strategie van de elektronische helpdesk. Een stuurgroep - waaraan vertegenwoordigers van het CGG-project deelnemen - begeleidt de werkzaamheden.

Het Project Zelfmoordpreventie werkt reeds sinds 2001 met het ICHO aan de ontwikkeling van een e-learning programma (Internetondersteunde Thematische Opleidingslijn: iTOL) voor huisartsen in beroepsopleiding (HIBO). In december 2003 werd de iTOL Zelfmoordpreventie gefinaliseerd en een eerste cursus werd ingericht. In 2004 werden er aanpassingen doorgevoerd zodat de iTOL ook voor praktiserende huisartsen geschikt werd. De drie weken durende cursus werd in 2005 vijfmaal aangeboden. Projectmedewerkers nemen hierbij de rol van "facilitatoren" op zich. Cursisten worden begeleid via een discussie- en casusforum en krijgen feedback op ingestuurde huiswerkopdrachten. Deze nieuwe methode van bijscholing werd erkend door de accrediteringscommissie in de rubriek "ethiek en economie".

Het project betreft nog andere sporen. Met de WVVH werd samengewerkt aan de Delfstudie die knelpunten in de samenwerking tussen de verschillende lijnen in de gezondheidszorg met betrekking tot risicopatiënten op zelfmoord in kaart wil brengen. Men werkt aan een consensus rond de aanpak van risicopatiënten. Huisartsen, ziekenhuispersoneel, psychiaters, psychologen (ook in de CGG's) werden bevroegd. Op basis van deze bevraging zal advies gegeven worden ter verbetering van de samenwerking. De consensusvorming vordert gestaag en een derde ronde moet hiervan in 2006 het sluitstuk vormen.

Vanuit de CGG's werden regionale samenwerkingsverbanden met huisartsen uitgewerkt in het kader van netwerkontwikkeling. Informatie- en vormingssessies voor lokale huisartsengroepen in twee regio's (Antwerpen Noord en Limburg) werden ingericht in samenwerking met LOGO-artsen.

Nieuwe accenten

Er wordt binnen de iTOL Zelfmoordpreventie een nieuw cursustraject ontwikkeld, bestemd voor de praktiserende psychiaters en psychiaters in opleiding.

Een interactieve elektronische helpdesk werd eveneens ontwikkeld. Op www.gachet.be kunnen huisartsen en andere hulpverleners terecht voor duiding van een kritisch incident (bijvoorbeeld een zelfmoordpoging van een patiënt), een leeswijzer voor buitenlandse aanbevelingsteksten, een overzicht van nuttige adressen en zelfs een echte helpdesk van experts voor het beantwoorden van bijkomende vragen.

Toekomstplanning

In 2006 zal in samenwerking met het ICHO en de WVVH verder vorm worden gegeven aan het optimaliseren van de hulpverlening aan suïcidale patiënten, zelfmoordpogers en hun familie. Dit baanbrekend en innovatief totaalproject moet leiden tot een verhoging van het aantal personen dat effectief door huisartsen wordt geholpen en verder ook tot een verbetering van de samenwerking met de gespecialiseerde hulpverlening.

De cruciale rol van de huisarts in het opvolgen van de suïcidale patiënt zal verder een plaats worden gegeven in de netwerken en samenwerkingsverbanden die in de regio's geïmplementeerd worden.

C. Deskundigheidsbevordering van Jongerenbegeleiders

Vormingspakket en draaiboek

Vanuit de werkgroep jongeren werd bij de start van het project zelfmoordpreventie een vormingspakket “zelfmoordpreventie bij jongeren” ontwikkeld. Deze vormingsmap werd in 2003 grondig herzien en aangevuld. Deze uitgebreide vormingsmap bevat inhoudelijke informatie en reikt diverse didactische werkvormen aan. Op die manier kunnen de projectmedewerkers er onmiddellijk mee aan de slag om lezingen of meerdaagse vormingen te verzorgen. Ze kan tevens dienen als basis voor het samenstellen van een deelnemersmap. Er werden richtlijnen opgesteld voor het samenstellen van een draaiboek “Zelfmoordpreventie bij jongeren” ten behoeve van het schoolmilieu. Het draaiboek geeft aanwijzingen voor handelingsscenario's n.a.v. een zelfmoord(-poging) op school. Schooldirecties en belanghebbenden worden bij het uitschrijven van het draaiboek gecoached.

Partners voor implementatie

In Antwerpen en Limburg bestaat een provinciale stuurgroep “zelfmoordpreventie bij jongeren” die initiatieven uitwerkt m.b.t. dit thema. In deze stuurgroep zetelen verschillende betrokken partners: de projectmedewerkers, CLB-medewerkers, kinder- en jongerenteams CGG's, medewerkers uit de Bijzondere Jeugdzorg (cel preventie).

Realisaties

In vier regio's (provincie Limburg, Antwerpen, Mechelen, Turnhout) worden driedaagse vormingen “zelfmoordpreventie bij jongeren” georganiseerd. De vorming wordt gegeven door twee trainers die gebruik maken van diverse werkvormen (ex cathedra, groepsgesprek, rollenspel, video...). De vorming richt zich naar leerlingbegeleiders, directies, CLB, bijzondere jeugdzorg, CGG's en JAC's. In Antwerpen kunnen slachtofferbejegenars en de jeugdbrigade ook aansluiten.

Het idee om te werken met gemengde groepen blijkt zinvol en wordt zo ook ervaren door de deelnemers. De vraag naar deze vorming blijft groot, ook in de regio's waar de vorming al meerdere jaren loopt. Een studente orthopedagogiek van de VUB voerde een evaluatie uit van deze driedaagse vormingen. De deelnemers die in het onderzoek betrokken werden, waren zeer tevreden over de vorm en de inhoud van de bijgewoonde vorming. De meesten gaven aan dat de vorming hun kennis en gedrag positief beïnvloedde. Sinds 2004 is een tweede doelstelling van de stuurgroep “zelfmoordpreventie bij jongeren”, Limburg, het ontwikkelen van een educatieve video over zelfmoordpreventie bij jongeren. De bedoeling is dat deze video gebruikt kan worden tijdens de driedaagse vormingen vanaf najaar 2006.

Naast deze driedaagse vormingen voor gemengd doelpubliek, werden er ook vormingen georganiseerd specifiek voor het schools milieu (provincies Vlaams-Brabant, Oost-Vlaanderen, Limburg). Er vonden workshops en lezingen plaats in scholen (meestal gekaderd in het opmaken van een draaiboek “zelfmoordpreventie bij jongeren”) en tweedaagse vormingen voor CLB-personeel.

Drie projectmedewerkers verleenden hun medewerking aan het opvolgen van een internetforum over zelfmoord bij jongeren van Klasse. Men stelde vast dat deze site zeer frequent werd bezocht en dat er blijkbaar heel wat jongeren hun gedachten en ideeën rond dit thema daar ventileren. Een professionele opvolging is aangewezen. De projectmedewerkers volgen de berichten op dit forum op en voorzien daar waar nodig een antwoord en info over hulpverlening.

Een school deed beroep op de lokale projectmedewerker om het toneelstuk “Spiegelschrift” dat handelt over zelfmoord bij jongeren, te kaderen. Hierbij werd informatie gegeven over

wat een verantwoorde manier is om het thema te bespreken en hoe suïcidale leerlingen het best worden opgevangen.

De projectmedewerkers worden zeer geregeld telefonisch geconsulteerd door leerlingbegeleiders en CLB-medewerkers n.a.v. concrete casuïstiek en ze ondersteunen scholen in crisissituaties. Het beantwoorden van informatievragen van studenten behoorde eveneens tot het takenpakket.

Toekomstplanning

Samen met de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek Gent, het CPZ en Werkgroep Verder, werd bekeken welke boodschap over zelfmoordpreventie aan het schools milieu gegeven moet worden. Er werd geopteerd om een gemeenschappelijke brief te schrijven met uitleg over welke interventies effectief zijn, welke weinig of geen effect hebben en welke programma's tot negatieve gevolgen kunnen leiden. De aanzet werd hiertoe gegeven in 2005 en het project werd verdergezet in 2006. Het is een eerste stap in een meer gestructureerd aanbod naar het schools milieu.

De middelbare scholen en de Centra voor Leerlingenbegeleiding zullen gecontacteerd worden m.b.t. kwalitatieve zelfmoordpreventie in de school.

D. Deskundigheidsbevordering van Politie

Vormingspakket

Er werd gewerkt aan de aanpassing van het bestaande vormingspakket voor de doelgroep politie. Er werd gekozen om een uitgebreide map samen te stellen. Op deze manier kunnen op termijn ook vormingen worden gegeven door de medewerkers van de politie zelf. Ook de werkteksten zijn herwerkt. De oefeningen maken van de vorming een zeer interactief gebeuren aangepast aan de leefwereld van de politie.

De vormingen werden aangeboden aan een heel gevarieerd publiek binnen de politiewereld. Het gaat om slachtofferbejegenaars maar ook om de politieagent die met suïcidale mensen in contact kan komen. Aangezien het thema zelfmoord in eigen rangen voor vele korpsen actueel is, is het zinvol dat ook mensen uit het middenkader deze vorming volgen om tijdig signalen op te vangen bij politieagenten zelf. Op die manier leert men op een adequate manier om te gaan met deze situaties.

Partners voor implementatie en activiteiten in de regio's

De werkgroep politie blijft zich buigen over mogelijke pistes om de doelgroep politie te bereiken in alle regio's. Toegangspoorten zijn de provinciale politiescholen, slachtofferbejegenaars, arrondissementele raden, stressteams en de korpsen.

Gezien de politiescholen provinciaal georganiseerd zijn, werden er met verschillende scholen contacten gelegd. Afhankelijk van het gevoerde beleid en van de prioriteiten werden er in meerdere of mindere mate vormingen aangeboden in de verschillende scholen.

Vanuit de werkgroep politie werd er voor de voortgezette vorming van de Oost-Vlaamse politieschool OPAC een erkenningsdossier aangemaakt. Deze good practice kan in de andere provincies overgenomen worden. Ondertussen zijn er in dit kader al meerdere (een 10-tal) tweedaagse trainingen doorgegaan. De evaluaties tonen aan dat de vorming aansluit bij het concrete werkveld en zijn zeer positief.

In de Oost-Vlaamse Politie Academie (OPAC) maakt het onderwerp "Omgaan met Zelfmoord en Pogingen tot Zelfmoord" ook deel uit van de opleiding voor slachtofferbejegenaars.

In Limburg bestaat er een goede samenwerking met Provincie Limburg Opleiding en Training (PLOT). In de basisopleiding politie werd er een lessenspakket van 2 uur

samengesteld en in samenwerking met de docent werd dat 2 keer gegeven. De vaste docent heeft dit materiaal ondertussen geïntegreerd. In samenwerking met PLOT werd er aan alle korpsen een navormingsaanbod gedaan. Er werd eveneens een nascholingsdag georganiseerd.

Aan de korpsen zelf wordt ook vorming gegeven. Dit gebeurde in het verleden reeds in West-Vlaanderen en in Limburg. Ook in Brussel zijn er hiertoe contacten gelegd.

Via de Arrondissementale Raden worden samenwerkingsmogelijkheden onderzocht. Er werd in het kader van slachtofferzorg in elk arrondissement een Arrondissementale Raad (AR) opgericht. Alles rond slachtofferzorg wordt in deze raad verenigd: politie, officieren slachtofferbejegening, afdelingen slachtofferhulp, vertrouwenscentrum kindermishandeling, vluchthuizen, justitiehuis, de balie, Slachtofferonthaal en het parket.

In Limburg werd een vormingsdag georganiseerd voor slachtofferbejegenaars over nabestaanden na zelfdoding en was er een debriefingssessie met de cel collegiale ondersteuning van de politiezone HAZODI.

Ten slotte vond op de 4^{de} Dag van de Nabestaanden Na Zelfdoding, een conferentie- en ontmoetingsdag voor nabestaanden, hulpverleners, onderwijs en politie plaats met een workshop “de politie/slachtofferbejegenaar in contact met nabestaanden”. Er werd op interactieve manier stilgestaan bij het als slachtofferbejegenaar omgaan met nabestaanden na zelfdoding. Belangrijke aandachtspunten hierbij waren slechtnieuwsgesprekken bij zelfdoding, emotionele opvang en doorverwijzing, eerste rouwreacties en omgaan met gevoelens bij de slachtofferbejegenaar zelf.

Toekomstplannen

Vorming aan politie vergt een meersporenstrategie. Inspelen op vragen vanwege de politiescholen en het promoten van de voortgezette vorming (zoals uitgeprobeerd in Oost-Vlaanderen door de OPAC) in alle provincies vullen elkaar aan. De Arrondissementale Raden zijn ook een belangrijk kanaal dat in andere regio's aangesproken kan worden. Inspelen op vragen van de korpsen blijft tevens een aandachtspunt. Concreet zal er in de werkgroep politie bekeken worden welk extra aanbod er, naast vorming, kan gegeven worden vanuit de projectmedewerkers naar het gevoerde beleid inzake zelfmoordpreventie in de korpsen zelf. De politie is immers zelf een risicogroep. Er zijn contacten gelegd met het stressteam van de federale politie, mogelijke pistes tot samenwerking werden bekeken. Samen met de betrokken partners zal vorming worden aangeboden in de verschillende regio's. Daar waar mogelijk wordt deze vorming ook verankerd in de lokale opleidingsstructuren.

E. Deskundigheidsbevordering in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's)

De optimalisering van de hulpverlening aan suïcidale patiënten in de CGG's is één van de doelstellingen van het Zelfmoordpreventieproject van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (www.zelfmoordpreventievlaanderen.be).

Workshopdagen

Tweejaarlijks organiseert het zelfmoordpreventieproject van de CGG's workshops voor alle hulpverleners in de CGG's m.b.t. zelfmoord en suïcidaliteit. Risico-inschatting, juridische implicaties, omgaan met de omgeving, eigen gevoelens, etc. komen aan bod.

Interne vorming

In diverse CGG-teams werd door de lokale projectmedewerker vorming aangeboden met betrekking tot het thema zelfmoordpreventie. Ook is er aandacht voor knelpunten in de

hulpverlening aan suïcidale patiënten binnen een ambulante setting, de rol van de CGG's in netwerkontwikkeling rond de suïcidale patiënt, etc.

Protocol

Er werd een protocol zelfmoordpreventie uitgewerkt voor de CGG's. Hierbij werd stilgestaan bij de rol van de CGG's t.a.v. de samenwerking rond de suïcidale patiënt, stappen die gezet dienen te worden bij crisissituaties, etc. Voor de kinder- en jongerenteams uit de CGG's is er een protocol voor minderjarige suïcidale patiënten en hun omgeving.

5.4.2. Ondersteuning van de professionele gezondheidswerkers: het EOLE-project

Eole is een telefonische hulpdienst voor alle professionele gezondheidswerkers uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die worden geconfronteerd met psychiatrische en psychologische noodgevallen en crisissen. Het doel van die telefonische ondersteuning is:

- ◆ een analyse maken van de situatie samen met de beller;
- ◆ theoretische en praktische informatie ter beschikking stellen over geestelijke gezondheidszorg;
- ◆ de toegang vergemakkelijken tot de bestaande therapeutische hulpmiddelen;
- ◆ samen met de beller een gepersonaliseerd zorgnetwerk opzetten voor de patiënt;
- ◆ contact houden om een duurzaam therapeutisch project te helpen opstarten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De huisartsen kunnen dus op elk ogenblik raad vragen in verband met geestelijke gezondheid en indien nodig hun patiënt op een correcte manier doorverwijzen.

5.4.3. Ondersteuning van de schoolomgeving

Uit verschillende studies blijkt hoe moeilijk het is voor schooldirecteuren en onderwijzend personeel om om te gaan met crisissituaties als gevolg van zelfmoord of een poging tot zelfmoord door een leerling of een van zijn naasten.

Na een al dan niet gelukte zelfmoordpoging stelt men vast dat de omgeving een ware psychologische schok ondergaat. Ontkenning, schuldgevoelens, terugtrekking, opstandigheid, zijn individuele en collectieve reacties die spanningen veroorzaken in de omgeving en het niet mogelijk maken geschikt te reageren.

Bovendien gebeurt het dat, wanneer iemand zelfmoord pleegt, de meest kwetsbaren uit de omgeving op hun beurt een wanhoopsdaad stellen. Het risico op navolging is vooral hoog bij jongeren van wie een leeftijdsgenoot of een familielid zelfmoord heeft gepleegd of geprobeerd heeft dat te doen.

Vanuit die vaststellingen en de aanvragen van de scholen in die richting, hebben de provincie Luik, via haar *Commission Provinciale de Prévention du Suicide*, en het *Centre de Prévention du Suicide* in Brussel verschillende actiemiddelen opgezet.

De provincie Luik heeft aldus beslist een "eerste interventieteam bij zelfmoord" samen te stellen, dat tussenkomt op vraag van de directies van schoolinstellingen uit alle netten na een zelfmoord of een zelfmoordpoging die de klas en/ of de opvoedkundigen in de problemen brengt. Dat team is samengesteld uit personen met een uiteenlopende opleiding (geneesheer-psychiater, psycholoog, verpleegkundige, criminoloog) en treedt op om binnen de schoolinstelling de nodige informatie, opvolging en ondersteuning te verlenen. Het heeft ook tot taak om indien nodig door

te verwijzen naar de personen of diensten die daar het meest geschikt voor zijn (PMS, PSE, Centra voor Geestelijke Gezondheid), en dat na overleg met de partners.

Het doel van die beschikkingen is op een gezonde manier na te denken over hoe men het best kan reageren en optreden. Zo is een totaal gebrek aan reactie van de directie en het onderwijzend personeel niet aan te raden in geval van zelfmoord, maar anderzijds hebben de initiatieven van leerkrachten “die de beste bedoelingen hebben” soms een omgekeerd effect.

Na een overlijden blijkt het belangrijk om opnieuw de nadruk te leggen op het institutionele kader ten opzichte van bepaalde overdreven emotionele reacties, de hoofdfunctie van de school te herstellen, en een beroep te doen op de diensten die in en rondom de instelling aanwezig zijn zoals de psycho-medisch-sociale centra, de diensten voor geestelijke gezondheid, etc.

Een gids voor wie professioneel actief is in het schoolmilieu:

Naast en in aanvulling op het team dat werd opgericht door de provincie Luik, werd in 2001 een gids gepubliceerd met als titel *“Le risque suicidaire et les adolescents – Quelques repères pour les directeurs et enseignants du secondaire face à une problématique complexe”*. De tekst werd opgesteld en uitgewerkt door de vzw CLIPS, Centre Liégeois d’Interventions Psycho-Sociales/ Clinique des comportements violents - Luik).

Deze brochure van 24 pagina’s werd verspreid in alle schoolinstellingen uit de verschillende netten van de provincie Luik, in de psycho-medisch-sociale centra, de teams ter bevordering van de gezondheid op school (PSE) en de diensten voor geestelijke gezondheid. Ondertussen werden reeds meer dan 5.000 brochures verspreid.

De gids beperkt zich er niet toe enkele herkenningspunten aan te reiken om het verschijnsel beter te begrijpen, hij biedt ook een aantal concrete actiepistes aan voor de verschillende actoren, en verwijst ook door naar de specialisten inzake gezondheid.

Het Centrum ter Preventie van Zelfmoord en de Eenheid Zelfmoordonderzoek ontwikkelden ook in 2006 samen een totaalpakket voor de middelbare scholen. Zowel directies, leerkrachten als leerlingen worden in het project betrokken. Voor het pakket “leerkrachten” wordt samengewerkt met het Project Zelfmoordpreventie zoals hierboven beschreven.

- directies: info en sensibilisering;
- leerkrachten: deskundigheidsbevordering (signalen opvangen, hoe ermee omgaan, doorverwijzen...). Hiervoor wordt onder meer een beroep gedaan op de deskundigheid van het Project Zelfmoordpreventie;
- leerlingen: lessenpakket (geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg, coping, hulpzoekend gedrag...).

Leidraad voor leerkrachten: wat als een leerling een werkje wil maken over zelfmoord?

Het Centrum ter Preventie van Zelfmoord en andere Vlaamse organisaties die actief zijn in de zelfmoordpreventie (Project Zelfmoordpreventie, Eenheid Zelfmoordonderzoek, Werkgroep Verder) worden met vragen van leerlingen geconfronteerd die een werkje willen maken over zelfdoding. Uit ervaring van deze organisaties blijkt dat leerlingen onvoldoende besef hebben van het delicate van het thema. Immers, het is mogelijk dat in de klas risicoleerlingen zitten (jongeren met eerder suïcidaal gedrag, met een depressie, leerlingen die nabestaande zijn...) die het heel moeilijk hebben wanneer dit thema op een vrijblijvende en niet doordachte manier in de klas aan bod komt. Ook leerkrachten zijn niet altijd op de hoogte van de regels die in acht dienen te worden genomen wanneer er over zelfdoding wordt bericht.

Uit onderzoek blijkt het belang van:

- het kaderen van zelfdoding in een ruimer kader namelijk geestelijke gezondheid;
- het bieden van alternatieven voor zelfdoding (met klemtoon op hulpzoekend gedrag);
- het vermijden van dramatiseren en romantiseren.

Deze en andere richtlijnen worden uitgelegd in de Leidraad. Leerkrachten hebben op die manier een houvast. Uiteraard kunnen zij met hun resterende vragen en voor ondersteuning terecht bij het Centrum ter Preventie van Zelfmoord.

De belangrijkste richtlijnen zijn:

- omschrijf doelstellingen;
- peil naar de motivatie van de leerling;
- weeg de eigen draagkracht, de draagkracht van de leerling en de draagkracht van de klas;
- schenk extra aandacht aan risicoleerlingen;
- vermijd dramatiseren, details en idealisering;
- plaats zelfdoding in een brede context (GGZ);
- maak tijd voor een klasgesprek;
- geef belangrijke hulpverleningsadressen.

De Leidraad is nagelezen door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, het tijdschrift Klasse en een nabestaande.

5.4.4. Deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren bij ouderen, vb thuiszorg.

We leven steeds langer, en er zijn steeds meer ouderen, maar blijkbaar is het niet vanzelfsprekend dat die ouderen lang én “gelukkig” leven. Ofschoon het percentueel aandeel van overlijden door zelfdoding relatief klein is in de leeftijdscategorie 65+, ligt het absoluut aantal zelfmoorden bij ouderen erg hoog. Bij mannen pieken de zelfmoordcijfers vanaf 75 jaar.

Redenen voor dit hoge getal zijn depressie, eenzaamheid, een slechte gezondheidstoestand, het sociaal isolement, het verlies van onafhankelijkheid, het verlies van partner of naasten... Ouderen vormen een risicogroep voor depressie en zelfdoding, maar al te vaak wordt depressie niet tijdig ontdekt, onder meer omdat wordt vermoed dat de “kwaaltjes” van de oudere te wijten zijn aan het “normaal” verouderingsproces. Bovendien worden de zelfmoordcijfers bij ouderen al gauw uit het oog verloren door de – evenwel terechte – bezorgdheid van de samenleving over het hoge (percentuele) aantal zelfmoorden bij jonge mensen.

Met deze vorming wil het CPZ tussenpersonen in de zorg aan ouderen vormen in de preventie van suïcidaal gedrag. Dat wil zeggen: de alertheid (op welke signalen moet ik letten?), de openheid (hoe sta ik zelf tegenover zelfmoord?) en de deskundigheid (hoe kan ik het best reageren en naar wie kan ik doorverwijzen?) van deze hulpverleners ten opzichte van zelfmoordgedrag bij ouderen te verhogen. Via VIAC wordt deze vorming aan thuiszorg (poetshulp en verzorgers) aangeboden.

5.4.5. Deskundigheidsbevordering van call takers noodnummer 112 en hulplijnen.

Uit een bescheiden onderzoek in de provincie Oost-Vlaanderen bleek dat er dagelijks gemiddeld 3 suïcidale oproepen worden geregistreerd in de 100-centrale van Oost-Vlaanderen. Op “moeilijke” dagen, zoals bijvoorbeeld 30 december 2003, loopt dit aantal op tot 7. Een degelijke opvang van suïcidale personen door call takers is nodig.

De basisvorming van de call takers heeft tot doel de alertheid, de openheid, en de deskundigheid van het personeel ten opzichte van suïcidale oproepers te verhogen. Deze vorming wordt gegeven door een team van twee trainers van het Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.

De deelnemers van deze vorming zijn de call takers die in de toekomst het Algemeen Noodnummer 112 (reeds geldig als internationaal noodnummer) zullen bemannen. Zij zullen in de toekomst de oproep beantwoorden, hem analyseren (wat, waar, wanneer) en de nodige gegevens onmiddellijk via computer doorgeven aan de dispatching. De dispatching zal dan de juiste interventiedienst verwittigen (brandweer, politie, medische interventie), maar het zou ook kunnen dat de call takers zelf de dispatching doen. Momenteel is het nog zo dat in een eerste fase de gegevens van de oproep mondeling worden doorgegeven. Vandaar het belang van een degelijke communicatie.

Het doel van de vorming is een beeld geven over zelfmoord en het suïcidaal proces en het meegeven van de juiste gesprekstechnieken om in een situatie correct te reageren. De meest voorkomende situaties zijn:

1. persoon in acute crisis – zelfmoordpoging aan de gang
2. persoon met nood aan hulpbehoevend gesprek
3. oproep voor derde
4. oproep voor derde postfactum (na al dan niet dodelijke poging).

Andere gesprekslijnen zoals de Kinder- en Jongerentelefoon en de Holebifoon, en meer informatieve lijnen zoals de Druglijn, krijgen eveneens oproepen van suïcidale personen en doen een beroep op het Centrum ter Preventie van Zelfmoord voor een vorming in zelfmoordpreventie.

5.5. Aanpak van zelfmoordenaars en opvolging na ziekenhuisopname- ontwikkeling van een netwerk

Zoals werd aangetoond in punt 4.6. is het absoluut noodzakelijk om te voorzien in opvolging na ziekenhuisopname voor suïcidale personen. Het volstaat niet de fysieke gevolgen te behandelen van de gestelde daad. Verschillende initiatieven werden opgezet als reactie op die vaststelling. We beschrijven er enkele:

5.5.1. De Cellule d'Intervention Psychologique de Crise van het Centre de Prévention du Suicide

Het *Centre de Prévention du Suicide* heeft een *Cellule d'Intervention Psychologique* (CIP) in het leven geroepen met een specifiek karakter op twee niveaus:

- een verbindingsrol tussen de ziekenhuisactoren en de therapeutische actoren;
- punctuele tussenkomst in geval van crisis.

Doel van dit project:

Het doel van deze cel is de suïcidale persoon een volwaardige, op hem afgestemde, therapeutische begeleiding te verlenen. Die moet enerzijds proberen de intrapsychische en interpersoonlijke aspecten van de crisis te ontcijferen en anderzijds het uiten vergemakkelijken van de gevoelens en de moeilijkheden verbonden aan de suïcidale decompensatie. Zo wordt het voor de suïcidale persoon mogelijk de betekenis van zijn crisis in zijn levensgeschiedenis weer te plaatsen, zich bewust te worden van de herhaalde patronen waarmee hijzelf en zijn omgeving worden geconfronteerd, en, op basis daarvan, veranderingen door te voeren in zijn persoonlijk en familiaal leven. De nadruk zal daarbij meer liggen op de context waarin het symptoom aan de oppervlakte is gekomen, dan op het symptoom op zich.

Het project wordt uitgewerkt in samenwerking met verschillende Brusselse ziekenhuisdiensten. Men is van plan, na een verkennende analyse, evaluatie en haalbaarheidsstudie, dit project te exporteren naar andere steden uit de Franstalige Gemeenschap en het aan te passen om te beantwoorden aan het specifieke karakter van de plattelandsgebieden.

Verloop:

- De ziekenhuisdienst die met een zelfmoordpatiënt te maken krijgt, geeft de gegevens van die persoon door aan de CIP (die vooraf haar goedkeuring heeft gegeven);
- Binnen een termijn van maximaal 48 uur, neemt de CIP contact op met de zelfmoordenaar om hem haar tussenkomst voor te stellen;
- Als hij akkoord gaat, wordt een eerste afspraak vastgelegd;
- Na die eerste afspraak worden nieuwe ontmoetingen georganiseerd (maximaal 7) om de crisis te behandelen en indien nodig ervoor te zorgen dat, bij de zelfmoordenaar zelf, de vraag ontstaat naar een therapeutische opvolging op lange termijn;
- Indien de zelfmoordenaar kenbaar maakt een beroep te willen doen op therapeutische opvolging, verwijst de cel hem door naar een behandeling binnen een ziekenhuisinstelling, bij een Dienst voor Geestelijke Gezondheid, of bij een zelfstandige therapeut;
- Na afloop van die opvolging en de eventuele doorverwijzing, wordt opnieuw contact opgenomen met de zelfmoordenaar (als die zich akkoord heeft verklaard) na verloop van een maand – drie maanden – zes maanden – een jaar, om de band te onderhouden en de algemene evolutie van de persoon te beoordelen.

Enkele vaststellingen en bedenkingen:

Het project werd gematigd, sceptisch en soms zelfs vijandig onthaald door het ziekenhuismilieu, dat weinig geneigd is tussenkomst van buitenaf op zijn territorium toe te laten, en al zeker niet voor de behandeling van een problematiek die gevoelig ligt binnen de medische wereld, namelijk zelfmoord. Door het verlenen van informatie en uitleg is men er echter in geslaagd de onduidelijkheid weg te werken en het debat weer toe te spitsen op de kernbegrippen van het project zoals samenwerking en complementariteit.

De samenwerking met de ziekenhuizen van de groep toont aan dat de verschillende actoren er voordeel bij hebben:

- het is een geruststelling voor het ziekenhuispersoneel te weten dat de zelfmoordpatiënt die zij laten vertrekken een specifieke opvolging zal kunnen genieten – het “antwoord” dat zij de zelfmoordenaar via de CIP aanreiken, doet hen bovendien weer aansluiting vinden bij het fundamenteel “herstellende” karakter van hun beroep;
- de sensibilisering door de CIP blijkt een invloed te hebben op het gehele ziekenhuismilieu want ze heeft er blijkbaar voor gezorgd dat de psychiatrische middelen meer en beter worden aangewend;
- de patiënt geniet door buiten het ziekenhuis te verblijven een optimale flexibiliteit in een minder beladen omgeving.

Concreet heeft de praktijk het belang aangetoond van een snel telefonisch contact met de zelfmoordenaar om een eerste afspraak vast te leggen. Hoe later dit contact, hoe groter de kans op een weigering. Het maximale tijdsverloop van 48 uur dat werd ingesteld door de CIP is dus wel degelijk een plafond dat men niet mag overschrijden.

Na een termijn van 3 maanden, een periode die wordt beschouwd als de meest risicovolle, benadert de recidivegraad 0 bij de zelfmoordenaars waar de CIP zich over ontfermt. De strategie blijkt dus te werken.

5.5.2. Pilootproject in Limburg: Recidivepreventie in samenwerking met huisartsen bij zelfmoordpogers na ontslag uit het AZ

Het vertrekpunt van dit project is de vaststelling dat de duidelijkste klinische risicofactor in verband met zelfmoord de zelfmoordpoging is. Bovendien is het risico op recidive het grootst tijdens de eerste twee-drie maanden. Dit pilootproject werd dus uitgetest in het kader van een preventiestrategie inzake recidive. De bedoeling is de zorg te optimaliseren door een nauwere samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen. Dit project veronderstelt een actieve medewerking van de huisarts nadat de patiënt het ziekenhuis heeft verlaten. Er wordt hem gevraagd “zich te ontfermen” over de patiënt en te zorgen voor de coördinatie van de zorgen. Hij kan daartoe een aangepaste opleiding volgen of ondersteuning vinden. Dit project hangt samen met een reële wil om het professionalisme van de huisartsen aan te moedigen. Het wordt sinds 1 november 2003 gefinancierd door de Vlaamse overheid.

Het doel van dit project:

Dit project heeft tot doel – door tussenkomst van de huisarts – de opvolging te verbeteren van de personen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen. Het project moet de huisarts in staat stellen zo snel mogelijk contact op te nemen met zijn patiënt om ervoor te zorgen dat hij wordt opgevolgd.

Veel personen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen, worden meteen naar een algemeen ziekenhuis gebracht, zonder langs te gaan bij hun huisarts:

- 16 % van de patiënten die een zelfmoordpoging hebben ondernomen, worden door hun huisarts naar de spoeddienst gebracht.
- Van de 84 % patiënten die een zelfmoordpoging hebben ondernomen en op de spoeddienst terechtkomen, heeft slechts 11 % zijn huisarts daarvan op de hoogte gesteld.

Een optimale psychosociale aanpak is er nochtans moeilijk, doordat een aanzienlijk aantal patiënten het ziekenhuis snel verlaat. Bovendien worden de doorverwijzing naar andere specialisten of de behandeling voor de onderliggende problemen zelden opgevolgd door die patiënten, nadat ze werden opgevangen op de spoedafdeling. In dit project wordt aan de huisarts gevraagd de patiënt actief op te volgen en het opnemen van vervolgzorg (eventueel voorgesteld in het AZ) aan te moedigen.

De huisarts kan hier een fundamentele rol spelen via de hulp die hij zijn patiënt kan bieden. Hij wordt echter niet altijd op de hoogte gebracht dat zijn patiënt een zelfmoordpoging heeft ondernomen, en bovendien voelt hij zich vaak onwennig als hij die problematiek moet aanpakken.

Verloop:

Er wordt een procedure opgesteld opdat het ziekenhuis contact zou opnemen met de huisarts om hem op de hoogte te brengen van de zelfmoordpoging van zijn patiënt, zodra die het ziekenhuis verlaat.

Er wordt aan de patiënt gevraagd contact op te nemen met zijn huisarts in de week die volgt op zijn terugkeer naar huis. Als dat niet gebeurt, is het de huisarts die contact opneemt tijdens de tweede week na het verlaten van het ziekenhuis. De huisarts kan ook een beroep doen op ondersteuning in de vorm van een opleiding en informatie.

Onderzoekers volgen van dichtbij de evolutie van die verschillende contacten. Na 2 weken wordt de patiënt opgebeld en worden volgende vragen gesteld: is er een contact geweest met de huisarts binnen de 2 weken, indien niet, de reden, indien wel, hoe werd dit contact ervaren? Na zes maanden wordt de patiënt opnieuw gecontacteerd door het onderzoeksteam om het aantal zorgcontacten en de frequentie ervan na te gaan, alsook de tevredenheid van de patiënt over het hulpaanbod, zijn intentie om in geval van crisis zijn huisarts te raadplegen, zijn huidige psychosociaal functioneren en eventuele recidive. Het psychosociaal functioneren wordt gemeten met de volgende, internationaal erkende, instrumenten: *General Health Questionnaire* (GHQ12), *Beck's hopeloosheidschaal* (BHS), *Positive and Negative Affectivity Scale* (PANAS). De onderzoekers zoeken de ondervraagde persoon thuis op.

Het eindrapport werd voorgelegd aan het Vlaams Ministerie voor Gezondheid, Welzijn en het Gezin in januari 2006 met:

1. de resultaten van een enquête uitgevoerd bij alle algemene ziekenhuizen in Vlaanderen over rapportage aan huisartsen;
2. resultaten van het effectenonderzoek;
3. resultaten van de procesevaluatie;
4. inventarisering van kritische succesfactoren van het project.

Momenteel wordt een tweede strategie: na de zelfmoordpoging, het Pilotproject Psychosociale Opvang en Evaluatie van zelfmoordpogers, uitgetest in 6 algemene ziekenhuizen in Vlaanderen (Limburg).

Het pilootproject “Psychosociale Opvang en evaluatie van zelfmoordpogers in het Algemeen Ziekenhuis”:

Dit pilootproject werd gefinancierd van 1 juni 2005 tot 1 juli 2006 door de Vlaamse Overheid, ministerie van Gezondheid en Welzijn. De psychosociale opvang en de evaluatie behelzen onder meer het inventariseren van risicofactoren voor recidive en zelfmoord, van zorgbehoeften en het doorverwijzen van de patiënten naar vervolgzorg en ontslagmanagement. Elke zelfmoordpogers, ook diegenen die het ziekenhuis snel verlaten, moet deze opvang krijgen. Ook in ziekenhuizen waar geen gespecialiseerd personeel 24/24 uur en 7 dagen per week aanwezig is (psychiaters, psychologen), moet deze opvang gerealiseerd worden.

Een hulpmiddel voor een gedegen opvang en screening wordt aangemaakt: het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO). In 6 Algemene Ziekenhuizen in Limburg wordt een Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang uitgetest. Ziekenhuispersoneel wordt getraind in het gebruik ervan. De 6 ziekenhuizen (3 met psychiatrische afdeling en 3 zonder) ontwikkelen een klinisch pad zodat de psychosociale opvang gegarandeerd wordt, zorgprocessen naadloos bij elkaar aansluiten en goede vervolgzorg wordt opgestart. Een snelle rapportage aan de huisarts, waarbij deze gevraagd wordt de patiënt na ontslag binnen de 2 weken op te volgen, wordt aan het project gekoppeld (integratie met voorgaand project). De huisartsen worden geïnformeerd en er wordt een vormingsaanbod gedaan. Via een bijlage aan het rapport vanuit het ziekenhuis worden basisrichtlijnen meegegeven en een link naar “GACHET”, de elektronische helpdesk voor huisartsen (ontwikkeld in samenwerking met WVVH, ICHO en het Project Zelfmoordpreventie van de CGG).

Een implementatiestudie, met evaluatie van het instrument en een onderzoek m.b.t. het effect op de patiënt, wordt aan dit project verbonden. Bovendien wordt het effect gemeten van training en gebruik van het instrument op attitudes en kennis van het personeel en op de zelf ervaren effectiviteit. Het project wordt uitgevoerd door Universiteit Gent, Universiteit Hasselt en het Project Zelfmoordpreventie van de CGG's⁸.

Deze ervaringen tonen aan dat er verschillende manieren bestaan om suïcidale patiënten vervolgzorg te verstrekken. Een structuur die instaat voor die opvolging is onmisbaar. Die structuur kan echter lokaal zijn, in functie van de plaatselijke cultuur, gewoontes inzake samenwerking, voorschriften, enz. Het komt erop aan om op lokaal niveau na te gaan wat de beste aanpak is om te komen tot een netwerk, overleg en integratie.

⁸ <http://doclib.uhasselt.be/dspace/bitstream/1942/942/1/Eindrapport.pdf>.

5.6. De nabestaanden na een zelfmoord

5.6.1. Werkgroep Verder, Nabestaanden na zelfdoding

De missie van de Werkgroep Verder omvat het behartigen van de belangen van nabestaanden na zelfdoding door het coördineren, organiseren en ondersteunen van initiatieven voor en door nabestaanden in Vlaanderen. Het doel van de Werkgroep is het sensibiliseren, de opvang van nabestaanden verbeteren, en het thema “rouw na zelfdoding” bespreekbaar te maken in onze samenleving om zo het taboe te verminderen. Daartoe worden acties ondernomen voor nabestaanden, hulpverleners en andere organisaties die met nabestaanden in contact komen, alsook naar de brede bevolking om zo het taboe te doorbreken en het thema “rouwen na zelfdoding” bespreekbaar te maken.

Zo wordt er o.a. voor geijverd dat de familieleden en ruimere vriendenkring, en dus ook de volledige samenleving, meer betrokken worden bij de opvang en ondersteuning van nabestaanden na zelfdoding, zodat nabestaanden na zelfdoding voldoende steun krijgen in hun directe leefomgeving, kunnen en mogen praten over wat hen is overkomen. Nabestaanden na zelfdoding vormen immers een risicogroep om geïsoleerd te worden, een complex rouwproces te doorlopen, psychosociale problemen te ontwikkelen en zelf ook door zelfdoding om het leven te komen. Tegelijk willen wij met de Werkgroep Verder illustreren dat nabestaanden na zelfdoding actief een rol willen en kunnen vervullen in het beleid en meedenken inzake zelfmoordpreventie.

De Werkgroep Verder, Nabestaanden na Zelfdoding werd begin 2000 opgericht. De Werkgroep is een samenwerkingsverband met ervaringsdeskundigen (nabestaanden) en hulpverleners uit verschillende sectoren: medewerkers van het Project Zelfmoordpreventie (CGG), Similes, Trefpunt Zelfhulp, Tele-Onthaal, Centrum ter Preventie Van Zelfmoord (CPZ), Slachtofferhulp (CAW), Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent en ervaringsdeskundigen die zelfhulp/gespreksgroepen begeleiden voor nabestaanden na zelfdoding. De Werkgroep Verder onderhoudt ook intensief contact met internationale organisaties en is lid van het “International Network for Suicide Survivors” en van de “International Association for Suicide Prevention”.

Als gevolg van de Vlaamse Gezondheidsconferentie over zelfdoding en depressie (2002) wordt de Werkgroep Verder momenteel gefinancierd door de Vlaamse Overheid, met name door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van minister Inge Vervotte.

Een korte bundeling van de realisaties:

De gespreksgroepen krijgen inhoudelijke en logistieke ondersteuning door het organiseren van vorming en intervisiemomenten voor begeleiders van deze groepen, en door het samenstellen en verspreiden van de brochure “de WegWijzer”, met daarin o.a. een inventaris van alle zelfhulp- en gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfdoding.

Ook zijn er ondertussen groepen opgericht specifiek voor jongeren en jonge volwassenen. Eind 2005 werd er een brochure uitgebracht met daarin richtlijnen voor het opstarten en begeleiden van zelfhulpgroepen voor nabestaanden.

Daarnaast zijn er in elke provincie regionale samenwerkingsverbanden tussen de verschillende diensten die de opvang van nabestaanden verzorgen (bv. tussen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en de zelfhulp- en gespreksgroepen). Dit zorgt ervoor dat de continuïteit van de zelfhulpgroepen gewaarborgd is, en dat nabestaanden ook vlotter kunnen worden doorverwezen naar professionele hulpverleners.

Samen met nabestaanden werd het Charter “De Rechten van de Nabestaanden na Zelfdoding” gerealiseerd en verspreid. Dit Charter omvat 10 rechten van nabestaanden. Het is een leidraad voor hulpverleners en de omgeving in het omgaan met nabestaanden. De folder bevat een antwoordstrook waarmee men kan aangeven op de hoogte te willen blijven van de activiteiten van de Werkgroep Verder.

Sinds 2002 organiseert de Werkgroep Verder jaarlijks een “Dag van de Nabestaanden na Zelfdoding”, een conferentie- en ontmoetingsdag voor nabestaanden na zelfdoding en hulpverleners. Elk jaar wonen ongeveer 350 à 400 deelnemers deze dag bij. Deze dag bestaat uit een plenair gedeelte in de voormiddag (met o.a. een getuigenis, een bijdrage van de minister...) en in de namiddag mogelijkheid tot contact met lotgenoten, het volgen van diverse workshops, lezingen en een wandeling. Tijdens de dag is er een stille ruimte, een praatruimte en een cafetaria open voor de deelnemers. In 2005 was er voor het eerst ook een aanbod voor kinderen (vanaf 6 jaar) in samenwerking met de kinderwerking van Slachtofferhulp.

De affichecampagne “Iemand verloren door Zelfdoding” is één van de manieren om nabestaanden te bereiken die niet via de reguliere hulpverlenende instanties te contacteren zijn. De affiche is op 10.000 exemplaren verspreid bij alle Vlaamse huisartsen en apotheken en moet nabestaanden de weg wijzen naar de Werkgroep Verder en de website.

Hetzelfde wordt beoogd met de creatie van het educatief theaterstuk “Uit het Leven - Over Leven en Zelfdoding” (ondertussen hebben reeds meer dan 2500 mensen de voorstelling gezien) en met het maken van een radiospot. Deze laatste is in 2005 en 2006 op Radio 1, Radio 2, StuBru, Donna en Klara te horen geweest en heeft voor een overweldigende golf van positieve reacties gezorgd, alsook voor een piek in het bezoekersaantal op de website. De radiospot werd gemaakt door de Werkgroep Verder, samen met nabestaanden (o.a. acteur Pol Goossen), productiehuis La Vita e Media en met de steun van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De website (www.werkgroepverder.be) is overigens een essentieel instrument voor de Werkgroep Verder. Niet alleen om acties aan te kondigen en informatie te verspreiden, maar ook omdat nabestaanden via de site in contact kunnen komen met elkaar (“leg contacten” – “Forum”). Dit kan anoniem en via e-mail, wat voor heel wat mensen de drempel naar beneden haalt om dit ook effectief te doen.

Daarnaast wordt ook meegewerkt aan een positieve en waarheidsgetrouwe weergave van het rouwproces en van nabestaanden na zelfdoding in de media. Daartoe zijn er richtlijnen ontwikkeld en is er een “perslijst” met mensen die bereid zijn te getuigen. In 2004 en 2005, tijdens de Dag van de Nabestaanden, werd de Media-onderscheiding uitgereikt. Met die prijs wil men de verantwoorde en constructieve berichtgeving over zelfdoding en nabestaanden bevorderen.

Tot slot doet de Werkgroep Verder ook aan deskundigheidsbevordering bij intermediairen, m.a.w. het verzorgen van lezingen en vormingen over het thema zelfmoord en nabestaanden. Na zelfdoding wordt er meer aandacht gevraagd voor hulpverleners die een cliënt/patiënt hebben verloren door zelfdoding. Ook de financiële en juridische problemen (o.a. na zelfmoord door voor een trein te springen) worden opgevolgd.

5.6.2. “L’Autre Temps”

Als men het heeft over zelfmoord, denkt men in de eerste plaats aan de lijdensweg van diegene die zelfmoord heeft gepleegd zonder stil te staan bij wat de naasten moeten doorstaan. Voor de ene stopt het lijden samen met het leven, voor de anderen duurt het voort en neemt het de omvang aan van een tragedie die een impact heeft op alle aspecten van hun bestaan.

Bij een overlijden hebben familie en vrienden het doorgaans over het leven van de overledene, herinneren ze zich zijn kwaliteiten en de momenten die ze samen doorbrachten, vertellen ze over zijn laatste momenten. Als de dood het gevolg is van zelfmoord, zijn de reacties anders. Het onbehagen regeert: men weet niet hoe te reageren, wat te zeggen, wat te doen... Bijgevolg vermijdt men door onwetendheid of angst het contact met de rouwenden en laat men ze alleen

met hun pijn en hun vragen. Zij krijgen al gauw na de schok die het nieuws teweegbrengt af te rekenen met schuldgevoelens en een reeks kwellende vragen als “wat heb ik gedaan?” of “wat heb ik niet gedaan?”, “ik had moeten”, “als ik gezegd had...”. Steeds weer vraagt men zich af “waarom”. Zij die geen afscheidsbrief hebben gekregen, betreuren dat, maar ook de anderen blijven evenzeer zoeken naar een verklaring die ze niet vinden. De vragen kwelen de geest onophoudelijk, de antwoorden van de ene dag worden de volgende dag weer verworpen. Schuld, schaamte, paniek, opstandigheid, droevigheid, wanhoop, angst worden al te trouwe metgezellen in dagen die nooit lijken te eindigen en slapeloze nachten. Velen onder hen zullen overwegen, of zelfs proberen, op hun beurt voor de dood te kiezen om een eind te maken aan hun kwelling.

Die vaststellingen hebben het *Centre de Prévention du Suicide* ertoe aangezet praatgroepen op te starten met als naam: “*Autre Temps*”. Die groepen worden omkaderd door twee professioneel opgeleide rouwbegeleiders. Alle deelnemers hebben gemeen dat ze een naaste verloren zijn door zelfmoord. Dat men hetzelfde heeft meegemaakt, maakt het makkelijker taboes te doorbreken die in de buitenwereld bijna tot stilte veroordelen. Daar velst echter niemand een oordeel. Gevoelens kunnen geuit worden, vragen kunnen zo vaak gesteld worden als nodig. Iedereen maakt op zijn eigen ritme zijn leed kenbaar en praat in zijn eigen bewoordingen over wat hij doormaakt, denkt, voelt. Iedereen wordt onvoorwaardelijk erkend. In de loop van de bijeenkomsten groeit men naar elkaar toe en worden er banden gesmeed, zowel binnen als buiten de bijeenkomsten, om aldus voorzichtig tot antwoorden te komen die nodig zijn in het rouwproces.

► De groepen staan open voor iedereen die rouwt om de zelfmoord van een naaste met een minimumtermijn van 5 maanden na de zelfmoord. Om het relationeel evenwicht in de groep te bewaren, mag slechts een lid per familie hieraan deelnemen.

► Het gaat om begeleiding bij een rouwproces en niet om een therapie. De ontmoetingen vinden plaats zonder vooropgesteld thema, volgens een dynamisch proces dat eigen is aan de groep.

► Procedure:

- telefonische contactopname met het *Centre de Prévention du Suicide*;
- individueel onderhoud met elke gespreksleider;
- inschrijving bij de groep (maximaal 8 en minimaal 5 personen);
- opname voor een periode van 6 maanden in een gesloten groep (dat wil zeggen zonder nieuwkomers in de loop van die periode);
- deelname aan de halfmaandelijke ontmoetingen;

Het Réseau d'Accompagnement du Deuil après Suicide

Het *Réseau d'Accompagnement du Deuil après Suicide* werd opgericht en bestaat officieel sinds september 2002. Het kreeg daarbij financiële ondersteuning van de Cera Stichting. Die structuur overkoepelt de verenigingen en organisaties die actief zijn in het domein van de rouw, alsook de centra voor gezinsplanning die aanvaard hebben deze activiteit onder te brengen bij de diensten die zij aanbieden. Die verschillende partners houden zich aan een oprichtingscharter en aan de statuten uitgevaardigd door het *Centre de Prévention du Suicide*, dat onder andere instaat voor de algemene coördinatie van het netwerk. Ze hebben allemaal een specifieke opleiding gekregen inzake de zelfmoordproblematiek en bieden verschillende vormen van begeleiding aan om te voldoen aan de verschillende verwachtingen: individueel onderhoud, open of gesloten praatgroep, op basis van zelfhulp of geleid door professionele begeleiders, voor kinderen, jongeren en volwassenen.

Het *Réseau* tracht de persoon die in rouw is door zelfmoord een zo breed mogelijke waaier aan begeleidingsdiensten aan te bieden, waaruit hij die zal kiezen die het meest aangepast is aan zijn noden en verwachtingen.

Het project baseert zich op de overtuiging dat er meer dan een manier bestaat om een rouwperiode door te maken, en dat het daarom erg belangrijk is de hulp te bundelen zodat de persoon die lijdt zelf de geschikte manier kan vinden om zijn leven weer in handen te nemen.

Het *Réseau* bestaat enkel voor en door het delen van de door elk lid aangeboden middelen. Het wil een “plus” zijn, niet enkel voor de personen voor wie de aangeboden diensten bestemd zijn, maar eveneens voor de partners die het verenigt. Door zich erbij aan te sluiten, verbindt een organisatie er zich weliswaar toe een aantal regels te eerbiedigen die noodzakelijk zijn bij een gezamenlijke werking, maar ze doet geenszins afstand van haar zelfstandigheid en haar eigen identiteit. Ze behoudt haar eigenheid, haar organisatie en haar werkwijzen.

5.7. Media

5.7.1. Brochures

Er werden brochures opgesteld ter attentie van de journalisten zowel in het Franstalige als in het Nederlandstalige landsdeel (Suicide et Presse; Réflexions à l’usage des médias – Zelfdoding en de pers; Aanbevelingen voor journalisten⁹). Die brochures herinneren de pers aan de mogelijke gevaren verbonden aan de manier waarop over zelfmoord wordt bericht, vragen om respect voor het privé-leven en doen een aantal aanbevelingen voor goede praktijken.

5.7.2. Priizen

1) Het CPZ geeft een tweejaarlijkse prijs aan een goed initiatief in de zelfmoordpreventie. In 2004 ging de prijs naar Klasse, cf. www.klasse.be/eerstelijin (zelfmoord).

2) Wat betreft de depressieproblematiek, lanceerde de Belgische Liga van de Depressie in maart 2006, zowel voor Nederlandstalig als voor Franstalig België, de Persprijs “Informatie over Depressie”. Een jury, samengesteld uit een psychiater, een klinisch psycholoog, een huisarts, een lid van een vereniging voor depressiepatiënten of hun omgeving en een vertegenwoordiger van een instelling voor geestelijke gezondheid, werd daarbij uitgenodigd een score te geven aan artikels en dossiers die tijdens het jaar 2005 verschenen en werden opgestuurd door de journalisten die aan de prijs deelnemen.

Enkele evaluatiecriteria zijn: “destigmatiserend effect”, “objectieve en betrouwbare aanpak”, “duidelijk en begrijpbaar”, “draagt bij op lange termijn”, “nieuws waarde”, “titel dekt de lading”. Het merendeel van de artikels die werden voorgedragen voor de prijs gaan in op de vraag over het verband tussen depressie en zelfmoord (meer bepaald bij adolescenten), en tussen het nemen van antidepressiva en suïcidaal gedrag.

⁹ http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsconferentie/zelfdoding_pers.pdf.

6. AANBEVELINGEN EN VOORSTELLEN TOT ACTIE INZAKE VOLKSGEZONDHEID

De data en de visies die in dit document samengebracht werden, ondersteunen de vorstelling dat zelfmoord en de depressie die er dikwijls aan voorafgaat, heel belangrijke problemen zijn die de volksgezondheid bedreigen. Het is ook duidelijk dat zeer vele zorgverleners, diverse diensten en organisaties bij de voorliggende problematiek betrokken zijn, en een eigen bijdrage te leveren hebben. Praktijkvoorbeelden tonen aan dat in België veel kwaliteit wordt geleverd door individuele hulpverleners en zeer geëngageerde organisaties. Wat vooral ontbreekt is samenwerking, coördinatie en taakverdeling.

Daarom stellen we als algemene aanbeveling dat de overheid **een overkoepelend coherent en broedomvattend** zorgprogramma zou moeten opzetten rond de problematiek van depressie en zelfmoord. Een zorgprogramma is een coherent en doelgericht geheel van doelstellingen, taakverdeling, middelen en maatregelen, die ervoor kunnen zorgen dat elke betrokken zorgverlener de specifieke competentie kan bijbrengen op de ogenblikken dat dit meest nodig is. Hiervoor is een richtlijn voor optimale zorg nodig, met de nodige indicatoren die kwaliteit van zorg kunnen opvolgen, een inventaris van de verschillende betrokkenen en hun specifieke competenties, een takenplan, inclusief een communicatiestrategie en een coördinatieopdracht, een duidelijke lijst van betrokken zorgverleners en organisaties, en de juiste middelen die de taakafwerking kunnen ondersteunen.

6.1. Bevordering van de geestelijke gezondheid, gezondheidsopvoeding en preventie

Bevordering van de positieve geestelijke gezondheid door:

- Een nationaal geestelijk gezondheidsbeleid dat de waarde van de geestelijke gezondheid moet versterken, de grote problemen inzake geestelijke gezondheid erkennen en trachten op te lossen in alle geledingen van de maatschappij: vluchtelingen, slachtoffers van rampen, sociaal uitgesloten, mentaal gehandicapten, zeer oude en hulpbehoevende mensen, vrouwen en kinderen die mishandeld worden, alsook zij die het financieel moeilijk hebben. Daartoe moet de organisatie van de Gemeenschap aangepast worden (massamedia, gezondheidsdiensten, andere organisaties, bedrijfstakken en handel, wetgeving).
- Programma's die proberen de kwaliteit van de relatie tussen ouders en kinderen/jongeren te verbeteren, kunnen hun affectieve, sociale, cognitieve en fysieke ontwikkeling stimuleren. Het spreekt voor zich dat ook de scholen nadrukkelijker een volledige educatieve rol moeten vervullen met aandacht voor een gezonde sociale en affectieve ontwikkeling van de leerlingen (cf. het *life skills educational curriculum* van de WGO).
- Bijzondere nadruk zou gelegd moeten worden op zaken die de geestelijke gezondheid op het werk zouden kunnen bevorderen. Volgens de WGO zijn er op dat vlak 8 actieterreinen vastgelegd: verhogen van de bewustwording bij de werkgever van problemen in verband met geestelijke gezondheid, vaststellen van gemeenschappelijke doelstellingen en positieve aspecten van het werk; zorgen voor evenwicht tussen de vraag naar jobs en de professionele vaardigheden; opleiding inzake sociale vaardigheden; het psychosociaal klimaat op de werkvloer verbeteren; raad geven aan de werknemers, verbeteren van de werkplaats en de strategieën voor vroegtijdige reclassering, verbeteren van de kansen op werk.
- Allerhande programma's voor een verbetering van de levenskwaliteit van wie (bijna) een gevorderde leeftijd heeft bereikt, opdat het ouder worden als positief ervaren zou worden.

- Programma's ter bevordering van de gezondheid die mensen in staat moeten stellen beter om te gaan met de overgangsfases die ze hun leven lang doormaken; de nadruk wordt daarbij, onder andere, gelegd op de sociale ondersteuning.
- Interventies die het gevoel van coherentie trachten te bevorderen aangaande de rol die individuen te spelen hebben in het leven; alsook hun betrokkenheid en het delen van gemeenschappelijke waarden; hun vermogen om met verandering om te gaan en hun geloofwaardigheid en vertrouwen in onze maatschappij te vergroten, zodat ze zich makkelijker kunnen aanpassen aan onze snel veranderende maatschappij.

6.2. Een zorgprogramma met de lokale actoren die in een omschreven regio samenwerken rond de concrete zorg voor de betrokken personen

Een zorgprogramma dient centraal te worden geconcipieerd, maar lokaal te worden gestructureerd en uitgevoerd. Uiteindelijk is de zorgkwaliteit afhankelijk van de plaatselijke samenwerking tussen de huisartsen, psychologen, psychiaters, centra geestelijke gezondheidszorg en alle aan depressie- en zelfmoordopvang gerelateerde voorzieningen. Dit staat centraal: zij moeten onderling afspreken hoe de opvang wordt opgezet, wie welke ondersteuning en aanvulling in deze zorg kan leveren, welke concrete procedures, afspraken in verband met opvang, doorstroming en terugstroom in deze regio haalbaar zijn. De overheid kan hierbij denken aan lokale programmaondersteuning, opvolging van regionale data en coördinatie van de lokale hulpverleners. Permanente vorming, diverse vormen van soepele onderlinge ondersteuning, via telefonisch overleg, adviesverlening, tijdelijke overname van de zorg, het zijn allemaal nieuwe vormen van lokale samenwerking die het best plaatsgrijpen tussen de zorgverleners die ook echt samenwerken rond de concrete patiënt. De overheid kan een lokaal zorgplan depressie en zelfmoord vragen aan de betrokkenen.

6.3. Installeren en verankeren van een efficiënt netwerk van complementaire disciplines en structuren voor depressie- en suicideopvang

Een efficiënte samenwerking, waarin ieder aanvullend zijn rol speelt, is ook voor de depressie- en zelfmoordopvang van groot belang. Momenteel werkt iedereen nog te veel op zijn eigen terrein, binnen zijn persoonlijke zorgverlening. Sectoren bouwen zich steeds breder en polyvalenter uit, dikwijls in parallel. Eerste-, tweede- en derdelijnsvoorzieningen structureren zich steeds beter, maar binnen het eigen denkkader. Er wordt gedacht in termen van "het eigen terrein en de eigen opdracht". Hoogstens trachten ze de andere groepen te coördineren en te overkoepelen. Transversaliteit, sectoroverschrijdende samenwerking, overleg rond de patiënt en andere vormen van *care-sharing* zijn nog nieuwe begrippen die onvoldoende vanuit het RIZIV ondersteund worden.

Maatregelen zouden de open samenwerking moeten ondersteunen tussen ziekenhuizen, centra geestelijke gezondheidszorg, huisartspraktijken en hun lokale kringen, liaisonpsychiaters en ambulante psychiaters, diverse psychologen in de verschillende structuren. Vooral op het terrein van de depressie- en zelfmoordopvang is dit cruciaal. Er dienen systematisch bruggen te worden geïnstalleerd, overlegmomenten te worden ondersteund, en overleg op cruciale momenten te worden bevorderd.

De complexiteit en de onoverzichtelijkheid zijn momenteel te groot. Efficiëntie, duidelijkheid en transparantie moeten belangrijker worden. Een zorgtraject moet kunnen lopen zowel van de huisarts naar de specialist en de voorzieningen, als van het ziekenhuis naar de nazorg door voorzieningen, in samenwerking met of door de huisarts.

Die overwegingen rechtvaardigen ruimschoots het huidige initiatief van de overheden van Volksgezondheid om de activiteiten van al wie professionele geestelijke gezondheidszorg verstrekt, beter op elkaar af te stemmen.

6.4. Vroegtijdige identificatie van risicosituaties met bijzondere aandacht voor mentale stoornissen en depressie

Zelfmoordpreventie gebeurt door mentale stoornissen doeltreffend te behandelen en de omgevingsrisicofactoren in de hand te houden. De vooruitgang die wordt geboekt in de behandeling van depressie, heeft een positieve invloed op zelfmoordpreventie bij de aanpak van de patiënten.

In het geval van medicamenteuze behandeling moet er over gewaakt worden dat de patiënt trouw is aan zijn therapie (*compliance*), want de ernstigste problemen die worden veroorzaakt door antidepressiva zijn de niet-adequate behandeling (*undertreatment*) en het falen van de behandeling. Het is de grootste bezorgdheid van arts, apotheker en andere gezondheidswerkers de patiënten te informeren over de belangrijkheid van een juiste posologie en hen te informeren (bijvoorbeeld wijzen op mogelijke neveneffecten van een ingestelde behandeling, en hen erop wijzen dat antidepressiva pas een effect hebben na enkele weken).

Bij zelfmoordpreventie spelen een rol:

- een vroegtijdige identificatie van de risicopersonen en –situaties: het herkennen van bepaalde signalen (expliciet, ambigu of impliciet), het beheersen van de omgevingsfactoren en het onderzoek naar de indicator van de evolutie van de zelfmoordgedachten bieden reële mogelijkheden tot preventie. Indien een voorbije zelfmoordpoging de belangrijkste risicofactor is voor een volgende zelfmoordpoging, en indien slechts een minderheid van de patiënten professionele hulp zoekt na een eerste poging (volgens de WGO komt slechts 1 op 4 in een ziekenhuis terecht), is het absoluut noodzakelijk dat zoveel mogelijk gezondheidswerkers (artsen, specialisten, apothekers, thuisverplegers, etc) adequaat gevormd worden in het kunnen herkennen van zelfmoordrisico en het doorverwijzen naar de gepaste professionele hulpverlener.
- de vooruitgang in de behandelingen tegen depressie: zij maken het mogelijk de depressieve persoon zin te doen geven aan zijn lijden en aan de zelfmoordgedachten, hem voor te stellen deel te nemen aan een project voor aangepaste zorg om zijn vastberadenheid om tot de daad over te gaan in bedwang te houden.
- het op zoek gaan naar een manier om de familie te betrekken bij de behandeling.

6.5. Crisisinterventies

Het is van kapitaal belang gebruik te maken van het crisismoment en het moment waarop wordt overgaan tot de zelfmoorddaad om op een intensieve manier de problematiek van de patiënt te mobiliseren, maar ook van het volledige systeem waarin hij zich bevindt. Dat moment maakt namelijk energie vrij die verandering toelaat, en waar men gebruik van moet maken om opnieuw de dialoog en de communicatie aan te gaan vooraleer de gebruikelijke verdedigingsmechanismen opnieuw hun plaats innemen.

Opdat de spoeddienst niet beperkt zou blijven tot een plaats waar men enkel een schifting maakt of enkel de symptomen aanpakt, is het belangrijk om reeds in dit stadium een psychosociale aanpak te verzorgen.

Daarbij zouden drie hoofdlijnen ontwikkeld moeten worden:

1. Een specifieke opleiding voor het personeel van de spoeddiensten die hen in staat stelt beter in te zien wat de zelfmoordproblematiek precies inhoudt.
2. Een betere opvang van de persoon die een zelfmoordpoging heeft ondernomen zodat hij voelt dat zijn lijden erkend wordt, zonder oordeel of gemoraliseer.
3. Het onmiddellijk opmaken van de psychosociale toestand, waarbij men in eerste instantie de redenen voor de zelfmoordpoging tracht na te gaan en de risico's op recidive tracht in te schatten om, in tweede instantie, de persoon door te verwijzen en te zorgen voor een specifieke aanpak op langere termijn.

Samengevat komt het erop neer om, van bij de aankomst op de spoeddienst, een volwaardige "crisisaanpak" te voorzien met als voornaamste doel de gebeurtenis die alles op gang heeft gebracht, en die al te vaak wordt beschouwd als de enige oorzaak van de daad, opnieuw in verbinding te brengen met de levensloop van de persoon. Het dramatische karakter van de gebeurtenis wordt duidelijk zodra die opnieuw in verbinding wordt gebracht met lijden van dezelfde orde dat men in het verleden niet heeft kunnen verwerken. Dat inzicht in de verborgen aspecten en het in perspectief plaatsen, kunnen de persoon helpen om geleidelijk aan los te komen van zijn gevoel van onmacht. Vanaf dan worden aanpassingen op persoonlijk, relationeel en familiaal vlak (opnieuw) mogelijk.

6.6. Opleiding

De opleiding van de actoren die geconfronteerd kunnen worden met de depressie- en zelfmoordproblematiek is fundamenteel in de strijd tegen depressie en zelfmoord. Ze stelt de verschillende actoren in staat om signalen op te merken die een voorteken kunnen zijn en om te weten wat te doen als die situaties zich voordoen.

Die opleidingen moeten zich richten op een erg breed publiek:

- huisartsen
- personeel van centra voor geestelijke gezondheid
- ziekenhuispersoneel
- maatschappelijk assistenten
- onderwijzend personeel
- politie
- ambulanciers
- verplegend personeel/ thuisverzorgers
- personeel van rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen
- gevangenispersoneel
- ...

Er bestaan momenteel reeds verschillende initiatieven waarvan sommige reeds werden geëvalueerd.

Het komt er nu op aan voor elke beroepsgroep het minimaal te bereiken opleidingsniveau vast te leggen. Nadien moet worden geëvalueerd wat in de basisopleiding aan bod moet komen en dus in alle cursussen behandeld moet worden, en wat thuishoort in de voortgezette opleiding.

Tot slot zou men, op basis van wat reeds in andere Europese landen is gebeurd, op federaal en/of communautair niveau een basisopleiding voor de aanpak van zelfmoordcrisisen kunnen valideren en certifiëren.

6.7. Ondersteuning voor professionele hulpverleners

Hoewel het een handeling van een individu is, brengt het overgaan tot zelfmoord een schok teweeg bij de wijde of minder wijde omgeving en worden niet enkel de naaste verwanten erdoor geraakt.

Elke groep kan op een dag geconfronteerd worden met suïcidaal gedrag of een overlijden door zelfmoord.

Naast de opleiding moet men ook rekening houden met de emotionele belasting waar een groot aantal professionele hulpverleners in zijn beroepsleven mee te maken krijgt.

Om elk risico op burn-out tegen te gaan en om de professionele hulpverleners te helpen beter om te gaan met de stress die een onvermijdelijk gevolg is van het voortdurende contact met depressieve, gedeprimeerde en/of suïcidale patiënten, zou men verschillende manieren moeten bekijken om zich te onttrekken aan die situaties:

- een rustmoment (een plaats, een ruimte en een tijdstip) om alles op een rij te zetten en over de interventies na te denken vooraleer ze uit te voeren, vooral in geval van een crisis bij de betrokken personen;
- een dienst die op elk moment klaar staat om vragen van de professionele hulpverleners te beantwoorden;
- de mogelijkheid tot individuele supervisie;
- momenten van supervisie in groep.

6.8. Acties gericht op de naasten

De familieleden van patiënten die depressief zijn of reeds een zelfmoordpoging hebben ondernomen, moeten niet beschouwd worden als slachtoffers, maar als volwaardige protagonisten van de crisis. Een zelfmoord of een zelfmoordpoging binnen een gezin kan een aantal, vaak ernstige, psychologische stoornissen veroorzaken. Het is een traumatiserende gebeurtenis voor de hele omgeving van de persoon die zelfmoord heeft gepleegd of een poging heeft ondernomen.

Al te vaak blijft de aanpak in een ziekenhuis of in de ambulante zorg beperkt tot de patiënt zelf. Aan de familie, de partner, de vrienden besteedt men geen aandacht uit tijdsgebrek of omdat de fysieke middelen ontbreken (gebrek aan personeel, gebrek aan geschikte opleiding...) of door gebrek aan inzicht (overhaaste beoordeling of victimisatie).

Met andere woorden, er moet een **therapeutisch verbond** gecreëerd worden zowel met de patiënt als met de familie, waarvan men de vaardigheden moet gebruiken om tot verandering te komen. Dat houdt in dat men tijd vrijmaakt om iedereen te ontvangen en aan het woord te laten, zodat ze kunnen uitdrukken wat deze situatie hen doet doormaken.

Bij gelukte zelfmoord is aanpak en opvolging van de nabestaanden aangewezen, bijvoorbeeld door de huisarts.

6.9. Communicatie en media

De media spelen een belangrijke rol in de maatschappij van vandaag en bieden via verschillende kanalen een grote hoeveelheid informatie aan. Ze hebben een grote invloed op onze houding, onze overtuigingen en ons gedrag en spelen een bepalende rol in het politieke en economische leven en de sociale omgang. Gezien die invloed kunnen de media eveneens een actieve rol spelen in de preventie van zelfmoord.

Zelfmoord is misschien wel de meest tragische manier om zijn leven te beëindigen. De meerderheid van de personen die zelfmoord overwegen is ambivalent. Ze zijn er niet zeker van dat ze willen sterven. Een van de vele factoren die een kwetsbare persoon tot zelfmoord kunnen drijven, zou de ruchtbaarheid kunnen zijn die in de media aan zelfmoord wordt gegeven. De manier waarop zelfmoordgevallen in de media worden voorgesteld, kan andere gevallen bespoedigen.

Naast de risico's die het behandelen van dergelijke delicate thema's in de media inhoudt, kunnen de media ook een zeer actieve rol spelen in de preventie van zelfmoord door informatie te verspreiden in het kader van een reportage over zelfmoord.

Het is dan ook belangrijk de media de aanbevelingen te bezorgen die werden opgesteld door de WGO (cf. 4.8.) en hen uit te nodigen de volgende gegevens toe te voegen aan de gebruikelijke informatie:

- de lijst van diensten voor geestelijke gezondheid en telefonische hulp met hun meest recente telefoonnummers en adressen;
- de alarmsymptomen van depressief en/ of suïcidaal gedrag;
- informeren dat depressie vaak samengaat met suïcidaal gedrag en dat depressie genezen kan worden, om deze aandoening te destigmatiseren;
- de telefonische gegevens communiceren van specifieke hulpgroepen.

6.10. Epidemiologisch en wetenschappelijk onderzoek en evaluatie

Het wetenschappelijk onderzoek is belangrijk om de verschijnselen depressie en zelfmoord te begrijpen en aldus met kennis van zaken te handelen.

Een eerste aspect is het epidemiologisch onderzoek. Hoe vaak komt suïcidaal gedrag voor bij de gehele bevolking, welke tendensen stellen we vast doorheen de tijd op het vlak van de sociodemografische factoren en de klinische risicofactoren? Zijn er bijzonderheden vast te stellen bij de jeugd?

Al die en vele andere vragen zouden geëvalueerd en gekwantificeerd moeten kunnen worden aan de hand van geteste en gestandaardiseerde methodes op nationaal, maar eveneens op gewestelijk en provinciaal niveau. Zo zou er snel werk gemaakt moeten worden van een eerste recente evaluatie van de zelfmoordcijfers in België.

Bij een tweede aspect van het wetenschappelijk onderzoek vraagt men zich af wat de biologische, psychologische en/of sociale oorzaken van het verschijnsel zijn. Hoe komt het dat België in de top 10 staat bij de vrouwen en in de top 13 bij de mannen in de internationale zelfmoordstatistieken? Hoe verklaart men de verschillen tussen Wallonië, Brussel en Vlaanderen?...

Tot slot blijkt het noodzakelijk de nodige middelen vrij te maken om de programma's en de acties te evalueren die over het hele land werden ondernomen. Het lijkt essentieel na te kunnen gaan wat de doeltreffendheid en de efficiëntie van elke actie is en de mate waarin ze beantwoordt aan de verwachtingen, om de kwaliteit ervan te verhogen en ze ruimer te verspreiden als ze interessant blijkt. Het is dus noodzakelijk te beschikken over voldoende financiële en technische middelen.

7. BIBLIOGRAFIE

Actes de la journée d'étude 2004 organisée dans le cadre des premières journées de la prévention du suicide en Communauté française: Du suicide aux suicides.

Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad: Beleidsplan. Preventie van Depressie en Zelfmoord. 2003.

A Four-Country Survey Regarding suicide: consumer's beliefs, attitudes and behaviours. Santos O, Sermeus G, Anelli M, Kuypers P, Martin E; December 2003 <http://www.test-achats.be/map/src/296191.htm>.

Alvoet M. Note de politique relative aux soins de santé mentale: La Psyché: Le cadet de mes soucis? Soins de santé mentale: les voies de la participation et de la concertation. Ministère de la santé publique, de la Protection et de l'Environnement et Ministère des Affaires Sociales et des Pensions (Eds); 2001.

Angst J, Angst F, Stassen HHJ. Suicide risk in patients with major depressive disorder. Clin Psychiatry 1999; 60 Suppl 2:57-62.

Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van den haute M, Vander mijnsbrugge D. High prevalence of mental disorders in primary care. Journal of Affective Disorders 2004; 78: 49-55.

Anseau M, Reggers J. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la province de Liège et leur prise en charge. Plate-Forme psychiatrique Liégeoise, dossier juin 1998.

Anseau M, Reggers J, Nickels J, Magerus S, Pull C. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la province du Luxembourg. Plat-Forme de concertation psychiatrique de la Province de Luxembourg 1999.

Avis du CSH N°7514. Aide aux médecins généralistes, praticiens de première ligne pour les questions de santé mentale.

Baechler J. Les suicidés. Calmann-Lévy. 1975.

Baldessarini R, Tondo L, Hennen J. Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders. Journal of Clinical Psychiatry 1999; 60 (Suppl. 2): 77-84.

Bartholomeeusen S, Buntinx F. Depressie in de huisartspraktijk: Epidemiologische kenmerken van depressie in de huisartspraktijk in Vlaanderen. In: Gezondheidsindicatoren 2000. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2002: 170-173.

Bayingana K, Drieskens S, Tafforeau J. Depressie. Stand van zaken in België. Elementen voor een gezondheidsbeleid. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Brussel: Reports Nr.2002-011; 2002.

Belgian National Report on Drugs 2001. D/2002/2505/01. IPH / EPI reported. Brussels. Nr. 2002-001.

Bouckaert F. Depressie bij ouderen: Diagnostische, preventieve en therapeutische aspecten. Congres Ouderenpsychiatrie. Brugge; Maart 2005.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders. (ESMeD), Tijdschr.voor Geneeskunde 2004; 60, nr. 2.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demaret S, Demyttenaere K. Recours aux soins pour les troubles mentaux en Belgique. Résultats de l'European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) in Rev Med Liège 2004; 59: 3: 136-144.

Buntinx F, De Lepeleire J, Heyrman J, Fischler B, Vander Mijnsbrugge D, Van den akker M. Diagnosing depression: what's in a name? European Journal of General Practice, December 2004; Volume 10:162-165.

Buntinx F, Kester J, Bergers J, Knottnerus JA. Is depression in elderly people followed by dementia? A retrospective cohort study based in general practice, Age and Ageing 1996; 25: 231-233.

Cassiers L. Les urgences et les hospitalisations psychiatriques de courtes durées. Brochure de la Fondation Roi Baudouin; 1995.

Choquet M, Ledoux S, Hassler C, Pare C. Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé. INSERM U 472, Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse; 1998.

Corten PH, Arch B. Trajectoires des suicidants et types de gardes d'hôpitaux généraux. Med. Soc., Hyg., Med. tr. & Med. Leg.1984; 42: 525-538.

Corveleyn J, Luyten P, Blatts ED. The Theory and Treatment of Depression: towards a Dynamic Interactionism Model. Leuven University Press; 2005.

Cremniter D, Despierre PG, Batista G. The risk of suicide. Presse Med 1998; 27 (40):2151-2156.

Cyrulnik B. Ethology and the biological correlates of mood. Dialogues in clinical neuroscience 2005;7(3):217-21.

De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Paris, Bruxelles: De Boeck, Larcier; 1997.

De Lepeire J, Buntinx F. The link between depression and dementia in the elderly. Clinical Geriatrics 1997; Volume 5, n°6: 82-90.

De Leval N. L'échelle du désir de mort inexprimé du dépressif. EDMID. Psychologie et Psychométrie 2000; Vol. 21, n° 4: 23-49.

De Munck S, Portzky G, Van Heeringen K. Suicide attempts in adolescents and young adults. 1996-2002: a hospital referred population in the catchment area of Ghent. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Demyttenaere K, Hemels M, Hudry J, Annemans L. A cost-effectiveness model of Escitalopram, Citalopram and Venlafaxine as first-line treatment for major depressive disorder in Belgium. Clinical Therapeutics 2005; Vol. 27, n°1.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM IV. American Psychiatric Association. Washington DC. 1994.

Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Denning DG, Cox C, Caine ED. Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *Journal of Gerontology* 2000; 55B:18-26.

Ellison J, Sivrioglu E. Antidepressant Treatment of Geriatric Depression: The Evidence Base and the State of the Art. *International Drug Therapy Newsletter* 2003; 38(2):9-16.

Ensinck K, Schuurman A, Van den akker M, Metsemakers J. Is there an increased risk of dying after depression? *American Journal of Epidemiology* 2002; 156:1043-1048.

Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147(9):1189 -1194

Ferreri M, Nuss Ph, La dépression: guide à l'usage des patients et de leur entourage. Bash; 2002.

[Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004 - Volledig rapport](#)

Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, januari 2006; Verslag: D/2006/2505/4.

Godin I, Leveque A, Berghmans L. Santé en Hainaut. Tableau de bord de la santé des jeunes. Observatoire de la santé du Hainaut 1998; n°2.

Het verslag van de gezondheidsconferentie: preventie van depressie en zelfmoord:

<http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsconferentie/verslagboek1.pdf>

Hoyois PH, Hirsch D, Matot JP. Suicide et tentative de suicide à l'adolescence. Situation du problème et investigation préliminaire des dispositifs sanitaires en Région de Bruxelles Capitale. Rapport de la Coordination des Urgences. Ligue bruxelloise francophone pour la Santé Mentale. Département Adolescence du Service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles; 1998.

Isacson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. The utilization of antidepressants - a key issue in the prevention of suicide - an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992 -1994. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 96(2):94 -100.

INSERM. La Crise suicidaire. Conférence de consensus. John Libbey Eurotext; 2001.

Joolen K, Kypers P. Le suicide. Prévenir autant que possible. *Test santé* 2003; n°57:32-365.

Keilp JG, Sackeim HA, Brodsky BS and al. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *Am J Psychiatry* 2001;158: 735-741.

Kittel F, Ribourdouille M, Dramax M. Mental Health Data analysis from the national health survey. *Archives of public health Belgium* 1997; 59: 347-357.

Lehtinen V, Rilkonen E, Lahtinen E. Promotion of mental health on the European agenda. STAKES; 1998.

Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F. Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *Encephale* 1994; 20(5):495-503.

Lepine JP, Gastpar, Mendlecicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pa-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Pharmacology* 1997;12: 19-29.

Le suicide en région de Bruxelles-Capitale. Situation 1998-2000. Les dossiers de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2003/04.

Linehan MM. Suicidal people: One population or two? *Annals of the New York Academy of Sciences* 1986; 487: 16-33.

LUCAS (KULeuven). Europese Alliantie tegen Depressie (EAAD): samenvattend overzicht voor Vlaanderen.

Mann JJ, Waternaux C, Haas GL and al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189.

Marcelli D, Mezange F. Les accidents à répétition chez l'adolescent. Traits anxieux, dépressifs et conduites à risques associés. *FrancoPsy*, la revue francophone de psychiatrie sur Internet (www.francopsy.com) 1999; n° 1.

Moncrieff J, Kirsch I. Efficacy of antidepressants in adults. *BMJ* 2005; 331:155-7

Moncrieff J. Selective serotonin reuptake inhibitors: evidence base for older antidepressants is shaky too. *BMJ* 2005;330:420.

Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America* 1997; 20: 499-517.

O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1996; 26:237-252.

OECD. Statistical data. Retrieved October 2002. <http://www.oecd.org/EN/statistics>.

Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, Sackeim HA, Mann JJ. Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:190-194.

Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients With Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. Aug 2004; 161:1433-1441.

Pieters G. ISRS et suicide. *Minerva* février 2006; Volume 5, n°2:18-21.

Piette D, Prevost M, De Smet P, Leveque A, Barette M. Vers la santé des jeunes en l'an 2000? Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994. *Communauté française. Belgique (Eds);1997*.

Pitchot W, Reggers J, Pinto E, Hansenne M, Fuchs S, Pirard S et al. Reduced dopaminergic activity in depressed suicides. *Psychoneuroendo crinology* 2001; 26(3):331-335.

Plutchik R, Van Praag HM. Suicide risk: Amplifiers and attenuators. In: Hillbrand M, Pollone NJ (Eds.). *The psychobiology of aggression*. Binghamton, NY: Haworth Press; 1994.

Prince M, Beekman A, Deeg D, Fuhrer R, Kivelas, Lawlor B, Lobo A, Magnusson H, Meller I, Van Oyen H, Reishies F, Roelands M, Skoog I, Turrina C, Copeland J. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale: Effects of age, gender and marital status in 14 European centres. *British journal of Psychiatry* 1999;174: 339-345.

PROMES. Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles; 1996.

Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (ANAES). 11/1998.

Reyserhove E, Portzky G, Van Heeringen K. Sexual abuse as a risk factor for attempted suicide. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Rufo M. Œdipe toi-même ! Consultations d'un pédopsychiatre. Paris: Editions Anne Carrière; 2000.

Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleir J, Ylieff M, Fontaine O, Mantelzorgers van dementerende bejaarden. Interventies en ondersteuning. Huisarts Nu. September 2002; 31(7): 345-351.

Schuurman A, Van den akker M, Ensink K, Metsemakers J, Knottnerus JA, Leentjens A, Buntinx F. Increased risk of parkinson's disease after depression. A retrospective cohort study. Neurology May 2002; 58:1501-1504.

Scoliers G, Portzky G, Van Heeringen K. Gender differences in risk factors for adolescent suicide attempts. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Scoliers G, Portzky G, Van Heeringen K. Repetition of attempted suicide among adolescents: risk factors. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Scoliers G, Portzky G, Van Heeringen K. Sociodemographic and psychiatric risk factors for repetition of attempted suicide: 5-year follow-up. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Senti-Bul; Bulletin quadrimestriel de l'équipe Médecins Vigies de la section d'Epidémiologie. Médecins vigies; 2003-1.

Stegmans N, Valgaeren E. Mannen en vrouwen op de drempel van de 21^{ste} eeuw. Een gebruikershandboek genderstatistieken. Sociaal Economisch Instituut. 02/2001.

Steinberg P. Les jeunes et la santé mentale en Belgique: le suicide. Centre collaborateur de l'OMS - Belgique. 2005.

Stoff DM, Mann JJ. Suicide research. Overview and introduction. Ann N Y Acad Sci, 1997; 836:1-11.

Van den Akker M, Schuurman A, Ensink K, Buntinx F. Depression as a risk factor for total mortality in the community: a meta-analysis. Arch Public Health 2003; 61:313-332.

Van den Akker M, Schuurman A, Metsemakers J, Buntinx F. Is depression related to subsequent diabetes mellitus? Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 110:178-183.

Van den Boogaard J, Boland G, Buitenhuis M. Preventie van depressie bij ouderen. Een nieuw terrein in kaart gebracht. Trimbos-instituut. Landelijke Ondersteuning Preventie - GGZ. Ref Type: Serial (Book Monograph) Reeks 18;1996.

Van Heeringen C, Meerschaert T, Berckmoes A. Attempted suicide in Ghent. Results from the WHO/EUOR. Multicentre study on parasuicide in 1996. Archives of Public health 1999; 5: 171-184.

Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidability. The Canadian journal of Psychiatry. Juin 2003.

Van Rijsselberghe L, Portzky G, Van Heeringen K. Gender differences in deliberate self harm in adolescents. Summary of study. Unit for suicide research. University of Ghent.

Van Tielen R. Compendium de statistiques de santé. Institut Belge Economie de la Santé. 2001 WHO. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant, Genève, 2000.

Verhaegen L, Deykin E, Sand E. Depressive symptoms and employment status among Belgian adolescents. Revue Epidémiologie et Santé Publique 1994; 42: 119-127.

WGO. La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la santé dans le monde; 2001.

WGO. Preventing suicide: http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/index.html.

WGO. Promotion de la santé mentale - Aide-mémoire N°220, Révisé novembre 2001.

WGO. Mental health atlas. Geneva; 2001.

WGO. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève;2002.

Jaarverslagen:

Jaarverslag 2004. Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.

Rapports d'activités. Exercice 2003. Centre de prévention du suicide.

Werkingsverslag zelfmoordpreventie 2004. Project ter ondersteuning van de acties van de Centra voor geestelijke gezondheidszorg inzake zelfmoordpreventie.

Brochures:

“Après le suicide d'un proche”. Centre de prévention du suicide.

“Eole: Service d'appui et d'orientation téléphonique pour les professionnels confrontés à des problèmes de santé mentale”. Recherche-Action en Région de Bruxelles-Capitale.

“Eole: Telefonische ondersteuning en doorverwijzing voor professionele hulpverleners geconfronteerd met problemen in verband met geestelijke gezondheidszorg “. Actie en Onderzoek in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

“Face au suicide. Ouvrir d'autres possibles”. Centre de prévention du suicide.

“La cellule d'intervention psychologique. Une aide dans la prise en charge du suicidant.” Centre de prévention du suicide.

“Project: Zelfmoordpreventie; informatie en bijscholing”.

“Suicide et presse. Réflexions à l'usage des médias”. Maison du social de la Province de Liège. Commission provinciale de Prévention du suicide.

“Voor de babbel van je leven”. Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.

“Voor Nabestaanden na Zelfdoding 4^{de} editie”. Werkgroep Verder.

“Wordt vrijwilliger bij de zelfmoordlijn”. Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.

“Zelfdoding en de pers”. Aanbevelingen voor journalisten.

“Agir face au suicide”. Centre de prévention du suicide.

“Lang zullen we leven! 25 jaar Centrum ter Preventie van Zelfmoord vzw.”

Programme and Abstracts: 4th international meeting. Suicide: interplay of genes and environment. Sensitivity, depression and suicide: mechanisms of vulnerability and resilience. 2-4 June 2005, Ghent. Belgium.

8. BIJLAGEN

8.1. Depressie bij ouderen

“Depressie is een belangrijk gezondheidsprobleem bij ouderen. Hulpverleners dienen vertrouwd te zijn met het feit dat depressies bij ouderen zich anders presenteren dan bij jongere leeftijdsgroepen. Deskundigheidsbevordering kan leiden tot het vroegtijdig herkennen, diagnosticeren en behandelen van depressie bij ouderen. Dit leidt op zich tot gezondheidswinst, meer autonomie en een verhoogde kwaliteit van leven.

Depressies zien er bij ouderen veelal anders uit dan bij andere leeftijdsgroepen. Niet zozeer is depressie bij ouderen anders, maar ouderen presenteren dit ziektebeeld anders (Van Den Boogaard et al., 1996). De diagnostische criteria van de DSM-IV zijn niet voldoende geldig voor de depressieve beelden bij ouderen.

Op latere leeftijd wordt de depressieve grondstemming nogal eens overschaduwed door lichamelijke klachten, zoals pijn op de borst, buikkoliek, benauwdheid, duizeligheid, slaapproblemen, algemene pijnklachten. Deze klachten trekken dan de meeste aandacht en kunnen leiden tot uitgebreid medisch onderzoek. Ook heeft men vaker te maken met het gelijktijdig voorkomen van lichamelijke ziekten.

Met name bij ouderen gaan naast apathie en concentratiestoornissen ook stoornissen in de oriëntatie, het geheugen, kortom in het cognitieve functioneren, gepaard met depressie. De depressie kan dan op het eerste gezicht sterk lijken op een dementieel syndroom. Noteren we tevens dat bij ongeveer 50 % van de dementerenden depressieve symptomen aanwezig zijn en bij ongeveer 15-20 % van de patiënten met de ziekte van Alzheimer een majeure depressie.

In vergelijking met andere leeftijdsgroepen gaan depressies bij ouderen vaker gepaard met psychotische kenmerken: wanen, relatief vaak hypochondrische wanen ('mijn ingewanden zijn verrot'), schuldwanen ('ik ben de oorzaak van alle ellende in de familie') of paranoïde wanen ('ze komen me halen').

Meer dan de subjectieve beleving van de depressieve stemming – uitgesproken somberheid wordt door depressieve ouderen minder geuit – staat bij ouderen interesseverlies op de voorgrond. Voor de diagnostiek van depressie zijn dan ook vooral uiterlijk observeerbare signalen van belang, zoals sociaal teruggetrokken gedrag, zelfverwaarlozing en verlangzaming van spraak en bewegingen.

Ouderen hebben relatief veel te maken met verliessituaties (partner, lichamelijke mogelijkheden, geheugenfuncties...). Depressieve symptomen kunnen voorkomen bij een normaal rouwproces. Pas als deze symptomen te lang duren of in te sterke mate aanwezig zijn, is er sprake van een depressie. Het risico bestaat dat een depressie wordt toegeschreven aan een rouwproces en dus niet onderkend wordt.

Ook overeenkomsten met kenmerken van het verouderingsproces zelf (verlangzaming van het psychische tempo, kwetsbaardere cognitieve functies, veranderende gevoelsbeleving, veranderd slaappatroon, etc.) kunnen de diagnostiek in de weg staan. Tot slot kan de beeldvorming 'somberheid hoort nu eenmaal bij de oude dag' de herkenning van depressies bij ouderen belemmeren (of leiden tot therapeutisch nihilisme). Depressie bij ouderen dient gedifferentieerd te worden van lichamelijke aandoeningen (in het bijzonder de lichamelijke aandoeningen gekenmerkt door moeheid en apathie), medicamenteuze of toxische invloeden (sederende of stemmingsbeïnvloedende medicatie), aanpassings-, angst- en psychotische stoornissen en dementiële syndromen. Het diagnostische proces omvat dan ook een nauwkeurige anamnese, heteroanamnese, klinisch lichamenlijk en psychiatrisch onderzoek, evaluatie van cognitieve

functies en bloedname. Vooraleer gebruik te maken van bepaalde psychofarmaca (zoals tricyclische antidepressiva) is het aangewezen vooraf een E.K.C. te plannen. Vooral bij laatontstane depressie kan medische beeldvorming (CT of NMR), zeker bij aanwezigheid van cognitieve stoornissen, een belangrijke bijdrage leveren zowel op diagnostisch als op prognostisch vlak. De aanwezigheid van subcorticale witte stof hyperintensiteiten (NMR) is klinisch geassocieerd met stoornissen in de uitvoerende functies, residuele depressieve symptomen en een verhoogd risico op terugval of herhaling (Ellison J. et al., 2003).” (Bouckaert, 2005).

9. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Namen deel aan de werkzaamheden van de werkgroep:

ANDRIESSEN K.
ARTEEL P.
BALCERS I.
BOUCKAERT F.
CHOCHRAD D.
DE KEYSER W.
DE LEVAL N.
DENEYER H.
DUBOIS V.
FORCEVILLE G.
GERNAY X.
HEYRMAN J.
KITTEL F.
MICHIELS J.
PORTZKY G.
PRIELS J.-M.
ROMAIN J.-G.
SAEVELS J.
SCHURMANS D.
STEINBERG P.
VANDERVEKEN M.
VAN DE STEENE L.
VAN HEERINGEN K.
VAN WAEYENBERGE P.

Voorzitter: Prof. I. PELC

Rapporteur: A. GEERAERTS

Wetenschappelijk secretaris: S. MARTIN